

# L'ODONTOLOGIE

Table des Matières p 697.

Châteauroux. — Typographie et Lithographie A. MELLOTTÉE.



# L'ODONTOLOGIE

LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE"
ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

*Dirigées par* PAUL DUBOIS *de 1881 à 1896*

## REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

*Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'Ecole Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.*

PIERRE FAUCHARD 1690-1762

## TOME XXX

**2e Semestre 1903**

---

23me ANNÉE. — 2me SÉRIE, VOL. XVII

---

PAUL DUBOIS 1858-1896

LOUIS THOMAS 1846-1893

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 Rue de la Tour d'Auvergne PARIS.

23e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1903 VOL. XXX




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# ANESTHÉSIE LOCALE DANS LES OPÉRATIONS DENTAIRES

### MÉTHODE DE SCHLEICH ET COCAÏNE

*(Communication faite à l'Association des dentistes du Rhône et de la Région, mars 1903.)*

Par le Dr JULIEN TELLIER.

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Chef de Clinique à la Faculté.

I

Les méthodes d'anesthésie locale suffisent dans un grand nombre d'opérations pratiquées sur la région gingivo-dentaire pour amener la disparition de la sensibilité, ou tout au moins pour en diminuer les manifestations dans des proportions telles que la plupart des patients reconnaissent n'avoir point éprouvé de douleur. L'ambition des opérateurs, nous semble-t-il, ne doit pas tendre au delà ; dans une intervention où il faut, de toute nécessité le plus souvent, déployer une certaine quantité de force, vouloir opérer *toujours* dans des conditions telles que le patient ne

perçoive rien, ni du contact des forceps ou leviers, ni de la pesée qui accompagne la luxation des dents, ce serait poursuivre un idéal qui est parfois atteint, mais dont, en pratique, nous sommes souvent assez loin en employant l'anesthésie localisée. Je ne veux pas vous exposer aujourd'hui, telles que je les comprends, les indications et contre-indications de l'anesthésie générale ou locale ; je désire seulement, après avoir affirmé la conviction que nous avons tous, d'arriver à des résultats plus que satisfaisants avec les moyens locaux, attirer votre attention sur les dangers, les inconvénients, si vous voulez, de la méthode la plus ordinairement employée, l'injection intra-gingivale de solutions de cocaïne relativement concentrées et en comparer la valeur à celle de la méthode d'infiltration dite de Schleich que j'emploie exclusivement depuis plus de quatre ans.

## II

Nul ne peut contester que la cocaïne soit le meilleur des anesthésiques locaux. Je vous rappelle en quelques mots son mode d'action pour le mettre plus loin en parallèle avec celui de la méthode de Schleich. Elle agit sur le protoplasma en général et sur le protoplasma nerveux en particulier, par excitation d'abord et paralysie ensuite (Dastre) ; d'une manière un peu schématique, rappelons-nous donc qu'elle paralyse les terminaisons nerveuses. Son action sur les centres nerveux (cerveau, bulbe et moelle) est démontrée par l'apparition de symptômes d'excitation cérébrale (ivresse, troubles intellectuels), de phénomènes vaso-moteurs circulatoires, de phénomènes respiratoires et la disparition des réflexes sensitifs dans des conditions que nous ne pouvons étudier ici. Mais si la cocaïne employée avec prudence a des avantages qui sont, à bon droit, utilisés par les chirurgiens, il n'est pas moins vrai qu'elle peut présenter des inconvénients, des dangers même qui ont été signalés depuis longtemps et qui devraient, à notre avis du moins, rendre les dentistes très réservés dans son usage.

Ne voulant en aucune façon traiter à fond la question de l'empoisonnement par la cocaïne, nous rappellerons seulement que les phénomènes d'intoxication peuvent, d'après Dastre, être décrits de la façon suivante : en une première phase : 1° des symptômes d'excitation cérébrale, troubles intellectuels, délire, hallucinations ; 2° des phénomènes de constriction vasculaire, pâleur livide des mains et de la face ; 3° des convulsions pouvant aller jusqu'à l'apparence de crises tétaniformes ; puis à cette première phase en succède une deuxième, marquée par des vertiges, de l'angoisse précordiale, des défaillances et de la syncope pouvant être mortelle. L'existence de ces accidents n'est pas niée par les partisans les plus convaincus de la cocaïne ; et tous leurs efforts, souvent couronnés de succès, ont tendu à en amener l'atténuation et même la disparition complète.

Parmi eux, j'ai à peine besoin de vous rappeler le nom de M. le D[r] Reclus, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui, dans de nombreuses communications et quelques monographies, dont je vous citerai seulement le volume de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire* (Masson, éditeur), « *La cocaïne en chirurgie* », a établi des règles fixes et immuables dont il ne faut pas s'écarter, pour se mettre à l'abri des accidents que nous venons de rappeler.

Or, malgré tout, on observe encore des phénomènes d'intoxication, moins graves à la vérité qu'au début de l'emploi de la cocaïne, mais toutefois encore assez inquiétants, et il faut bien reconnaître que les membres de notre profession en général doivent être rendus responsables d'un assez grand nombre de ces cas d'empoisonnement. Je le dis ici en toute sincérité, sans autre arrière-pensée que la recherche de la vérité et de l'amélioration des conditions dans lesquelles nous devons opérer. Dans une récente communication à l'Académie de médecine, M. Reclus s'exprime ainsi : « L'analgésie localisée par la cocaïne est loin d'avoir conquis la place qu'elle mérite..... Nous avons souvent réfléchi à cette méconnaissance d'une substance qui nous rend de si merveilleux services et nous lui avons trouvé deux raisons :

la première est le déplorable usage qu'en font trop souvent les dentistes. Nous ne voudrions pas dire qu'aucun d'eux ne sait manier la cocaïne — certainement il est de brillantes exceptions — mais la plupart violent délibérément une, deux ou même trois des lois fondamentales de notre technique. En effet, beaucoup ont recours à des solutions à 2, 3, 4, et 5 o/o, ce qui est à la fois inutile et dangereux : la plupart opèrent leurs clients assis et les exposent à la syncope si souvent notée dans les observations; enfin presque tous permettent à leur opéré de se lever et même de marcher avant d'avoir mangé ou bu; de là ces vertiges, ces éblouissements, ces cardialgies, ces ébriétés pénibles, ces troubles bizarres qui peuvent durer plusieurs heures. Et voilà pourquoi j'ose affirmer que les dentistes ont compromis la réputation de la cocaïne. La deuxième raison est la réelle difficulté de la technique..... »

Dans la discussion qui suivit cette communication, je relève les paroles suivantes qui me paraissent devoir être rapportées :

*M. Galippe.* — Je ne partage pas la confiance de M. Reclus dans l'innocuité absolue de la cocaïne lorsqu'il s'agit de son application aux opérations pratiquées dans la cavité buccale ; j'estime également qu'il a été trop sévère pour les opérateurs qui ont eu des accidents. Ceux-ci n'ont pas toujours été provoqués par l'exagération de la dose ; il y a des entraînements à cette dose et les accidents ont été observés avec des quantités minimes. Il faut donc tenir compte d'autres éléments que ceux dont M. Reclus a parlé; quoi qu'il en soit, je me refuse depuis longtemps à employer la cocaïne et la condition rigoureusement imposée par M. Reclus de tenir le patient dans une position horizontale n'est pas faite pour faciliter l'intervention opératoire, mais doit au contraire la compliquer singulièrement.

Je persiste donc à considérer qu'il est dangereux de recommander l'anesthésie locale par la cocaïne comme n'offrant aucun danger à faible dose, et je continuerai à n'y point recourir et à en déconseiller l'emploi dans le cas particulier dont j'ai parlé.

*M. Laborde.* — Je ne puis qu'appuyer les très judicieuses remarques de M. Galippe ; il y a longtemps que j'ai signalé les dangers de la cocaïne en injections hypodermiques, principalement dans les conditions de son absorption intra-vasculaire rapide et dans le voisinage des centres nerveux supérieurs encéphalo-bulbaires ; notamment l'injection intra-gingivale, pour les extractions dentaires ou

autres opérations buccales, à la suite desquelles on a vu se produire les plus graves accidents. Je rappellerai, à ce propos, le cas, que j'ai déjà relaté, d'un professeur du Collège de France qui, à la suite d'une injection de cocaïne (5 millig. de chlorhydrate) dans la gencive pour l'extraction d'une dent, tomba dans un état syncopal et de mort apparente, auquel il fut arraché à grand'peine, et eut, durant une quinzaine de jours, des rechutes qui donnèrent de vives inquiétudes à son entourage, et à moi-même qui fus invité, à raison de mes recherches expérimentales sur la cocaïne, à intervenir pour les soins à lui donner. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*M. Duplay*. — Je considère la cocaïne comme un anesthésique dangereux, qui a déjà à son actif un très grand nombre d'accidents. Sans doute entre des mains aussi habiles que celles de M. Reclus, il peut donner de bons résultats, mais il n'en saurait être de même avec un chirurgien quelconque.

Après avoir répondu à ces diverses objections, M. Reclus terminait ainsi sa réplique : « Que les dentistes veuillent donc bien suivre ces trois règles faciles : employer des solutions faibles (et 1 0/0, 1/2 même sont des titres tout à fait suffisants), coucher leurs malades, les opérer dans cette position, ne les laisser se lever qu'après une demi-heure et lestés d'une tasse de café ou d'un verre de liqueur, et la légende de la « Zone dangereuse » aura définitivement vécu. »

Or, je vous le demande, s'il est facile de prendre la première de ces précautions, croyez-vous qu'on arrivera facilement à modifier les habitudes des membres de notre profession au point de les amener à observer les deux dernières ? Certainement non, et des accidents fréquents se produisent et continueront à se produire. J'en vois parmi vous qui font des signes de dénégation : qu'ils me permettent de leur dire que j'appuie cette affirmation sur des preuves. Sans doute, je crois à la sincérité absolue de ceux qui, employant la cocaïne, affirment n'avoir jamais observé d'accidents. Mais est-il bien certain qu'ils ont été appelés auprès de tous leurs patients qui ont présenté des phénomènes plus ou moins aigus d'intoxication, dans les quelques heures qui ont suivi leur intervention ? Je puis répondre que non. Soit qu'ils fussent trop éloignés du domicile de leurs patients, soit que ceux-ci aient eu plus volontiers recours à leur médecin habituel, le dentiste n'a pas su, le

plus souvent, ce qui s'était passé. Je me suis livré à une petite enquête auprès de médecins pratiquant un peu de tous les côtés de notre ville, et j'ai pu me convaincre que quelques-uns d'entre eux avaient été appelés à donner leurs soins à des malades à qui l'on avait fait dans la journée une injection de cocaïne. Sans doute aucun des cas n'a été très grave, mais tous ont été assez inquiétants pour inspirer aux praticiens qui les avaient observés une répulsion invincible pour la cocaïne. D'autre part j'ai eu récemment connaissance d'un fait qui s'est passé dans la pratique d'un de nos confrères les plus distingués. A la suite d'une injection de cocaïne dont je ne puis fixer la dose, en vue de procéder à une extraction dentaire, le patient a présenté sur le fauteuil même, pendant une demi-heure, des accidents d'intoxication qui sont allés jusqu'à la syncope; le médecin qui fut appelé pour aider notre confrère à combattre ces accidents a conservé un souvenir pénible de cette séance, qui, suivant l'expression de M. Reclus même, je crois, « vieillit le chirurgien » qui en est le témoin et l'acteur.

Sans doute encore, et pour juger scientifiquement de pareils faits, il faudrait pouvoir analyser d'une façon exacte les conditions mêmes qui ont accompagné la production des accidents, savoir quelle dose a été employée, par exemple. Mais je connais assez le confrère chez lequel le fait s'est produit pour affirmer *a priori* qu'il avait été très prudent, que la dose n'avait pas été exagérée, et qu'il avait une grande habitude de l'emploi de la cocaïne.

Ce n'est pas sur des on-dit qu'on peut s'appuyer pour faire la critique scientifique des accidents imputables à tel ou tel agent anesthésique, je le sais et ne veux rien exagérer. Pour résumer ma pensée, je dirai que, dans la pratique dentaire, les accidents dus à la cocaïne, quelle qu'en soit l'intensité, existent plus souvent qu'on ne croit, et que du moment où les dentistes ne peuvent ou ne veulent pas se mettre dans les conditions qui, au dire assurément exact de M. Reclus, doivent nécessairement mettre à l'abri de ces accidents, ils doivent chercher s'il existe une autre mé-

thode d'anesthésie locale, ayant à peu près les mêmes avantages et ne présentant pas les mêmes inconvénients. La plupart des médecins ont une prévention, à mon avis justifiée, contre la cocaïne : j'en ai la conviction, à la suite de conversations avec de nombreux praticiens de médecine générale : dernièrement encore, faisant partie d'un jury d'examen de chirurgien-dentiste à la Faculté, j'entendais le président du jury, professeur à l'Université, recommander au juge, professeur agrégé, chargé d'interroger sur les anesthésiques, d'insister auprès des candidats, d'une façon toute spéciale, sur les dangers de la cocaïne ; et les dentistes, médecins ou non, hésiteraient à vouloir tenir compte des inconvénients de cet agent d'anesthésie! A la rigueur je le comprendrais peut-être, si les avantages qu'on trouve à son emploi, il était seul à les posséder. Mais nous disposons d'une méthode qui, je le répète, donne des résultats sensiblement les mêmes et qui ne présente jamais les dangers de la cocaïne employée pure, au titre des solutions conseillées par ses partisans les plus convaincus.

Cette méthode, c'est la méthode de Schleich.

## III

En ce qui concerne l'historique de ce procédé, je vous renverrai à une thèse soutenue à Lyon en 1900 par le Dr Jules Rondet (de Neuville-sur-Saône) « *De l'anesthésie locale par infiltration, méthode de Schleich* », dans laquelle j'ai puisé largement pour cette communication. Schleich est un chirurgien de Berlin qui a proposé sa méthode en 1892. Il cherchait depuis plusieurs années un anesthésique local dénué de tout danger et suffisant pour toutes les opérations de grande et de petite chirurgie. Il fut guidé dans ses recherches par la remarque de Liebreich, à savoir, qu'un certain nombre de substances injectées sous la peau produisent l'anesthésie, mais seulement à la suite d'une période douloureuse plus ou moins longue. Au nombre de ces substances se trouve l'eau distillée. L'expérience lui

montra que, si l'on ajoute à l'eau distillée un peu de chlorure de sodium (0,2 0/0), l'injection n'est plus douloureuse, et que, si, à ce liquide ainsi préparé, on ajoute 10 centigrammes 0/0 de chlorhydrate de cocaïne et 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, on obtient une solution ayant le même pouvoir anesthésique que les solutions de cocaïne à 1 et même à 2 grammes 0/0. Schleich explique les résultats anesthésiques obtenus, par les facteurs suivants, d'ordre physique :

1° L'ischémie qui se produit dans la région infiltrée par le liquide ;

2° La compression contre les parois du tissu conjonctif des éléments nerveux par le liquide, ce qui interrompt leur conductilité ;

3° Le refroidissement de la région par suite de l'ischémie ; et enfin, aussi, il faut bien le dire, par un quatrième facteur, d'ordre chimique, qui, suivant lui, n'intervient qu'en vue d'agir sur les tissus pathologiquement modifiés : l'action des médicaments sur les extrémités nerveuses. Il emploie trois solutions qui sont appelées solutions I, II, III et qui sont ainsi formulées :

| | I | II | III |
|---|---|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne.............. | 0 gr. 20 | 0 gr. 10 | 0 gr. 01 |
| Chlorhydrate de morphine............ | 0 gr. 02 | 0 gr. 01 | 0 gr. 005 |
| Chlorure de sodium.................. | 0 gr. 20 | 0 gr. 20 | 0 gr. 20 |
| Acide phénique (solution à 5 0/0)..... | III gtes | III gtes | III gtes |
| Eau distillée........................ | 100 gr. | 100 gr. | 100 gr. |

L'acide phénique est ajouté pour empêcher les fermentations qui ne tardent pas à se produire, on le sait, dans les solutions de cocaïne qui ne sont pas extemporanément préparées. La solution II est celle qui dans les opérations dentaires me paraît la meilleure, si l'on doit procéder seulement à une ou deux extractions. Si l'on veut utiliser la méthode pour un nombre d'avulsions plus considérable, c'est la solution III qui est indiquée ; si, enfin, on doit opérer sur une région gingivale enflammée, tuméfiée ou même abcédée, on peut utiliser la solution I, mais les résultats sont moins constants, comme avec les solutions plus concentrées de

cocaïne d'ailleurs. Il faut, dans ce dernier cas, tenir compte, au point de vue du manuel opératoire, d'une remarque fort juste faite par M. le D[r] Cruet dans un article de la *Revue de Stomatologie* de cette année. Si l'on a piqué l'aiguille dans une région infectée, on risque fort, en faisant des piqûres à la périphérie, d'inoculer des portions saines de tissu; il faut vider la seringue et désinfecter l'aiguille avant chaque nouvelle piqûre.

J'ai connaissance de la méthode de Schleich depuis un séjour que je fis à l'Université de Berlin en 1897 et l'ai employée depuis cette époque d'une façon exclusive, en tant que méthode d'anesthésie locale par injection dans les tissus de la gencive. En 1900, à l'époque où le docteur Rondet cherchait des documents pour sa thèse, mon frère, le D[r] Camille Tellier, l'avait employée près de cinq cents fois dans son service de consultations dentaires à l'Antiquaille; une seule fois il vit se produire une syncope chez une femme très nerveuse, sujette aux défaillances, et qui était complètement à jeun. La solution employée était alors la solution I. Depuis cette époque nous n'avons plus employé l'un et l'autre que la solution II, et jamais nous n'avons observé aucun accident sérieux. Sans doute nous voyons parfois se produire des tendances à la défaillance, comme il s'en produit souvent à la suite des extractions dentaires, et qu'il faut mettre sur le compte de l'émotion, de la peur chez les individus particulièrement sensibles, alors même qu'on n'a employé aucun moyen d'anesthésie; mais jamais de syncope vraie comme on peut en voir à la suite des injections de cocaïne au titre de 1 ou 2 0/0.

L'objection qui vous viendra tout de suite à l'esprit, en présence de cette affirmation, est que des accidents consécutifs ont pu exister, et que j'ai pu n'en rien savoir, tout comme les dentistes qui emploient la cocaïne seule.

L'objection est juste en partie; certes, je n'ai pu interroger tous les patients auxquels le liquide de Schleich a été injecté pour des extractions dentaires. Mais j'en ai certainement revu beaucoup, en particulier des patients qui étaient

prévenus et que j'avais priés de noter exactement ce qu'ils pouvaient ressentir, tels que des confrères médecins ; aucun ne m'a jamais rien signalé pouvant être attribué à l'injection. Autre objection : j'ai fait, jusqu'à un certain point il est vrai, le procès de la cocaïne, et cependant, la solution employée en contient une petite quantité (10 centig. o/o, 1 millig. par centim. cube). Comme j'emploie au plus 2 centim. cubes de la solution II, c'est donc deux milligrammes au maximum qui peuvent être injectés ; je ne crois pas qu'on ait jamais observé d'accidents avec cette dose, qui est en somme employée dans une solution très étendue, et les partisans de la cocaïne, M. Reclus en particulier, insistent fortement et avec raison sur la nécessité d'employer des solutions très diluées, les dangers de la cocaïne étant en raison inverse de l'étendue de la solution.

Je n'ai nullement l'intention d'insister devant vous sur le manuel opératoire de la méthode de Schleich, il est le même que celui des injections à la cocaïne ; je rappelle qu'il faut avoir une bonne seringue dont l'aiguille puisse être vissée de façon à empêcher le reflux du liquide entre elle et l'ajustage de l'instrument ; nos fournisseurs en possèdent un certain nombre de modèles qui fonctionnent bien.

Quant aux résultats, au point de vue de l'insensibilisation, j'affirme qu'ils sont sensiblement égaux à ceux que j'ai vu obtenir par l'emploi de la cocaïne seule. Si l'injection a pu être bien faite, le patient conviendra ordinairement « qu'il n'a rien senti », c'est-à-dire que l'extraction n'a pas été douloureuse. Parfois il a la sensation du contact, de la pesée au moment de la luxation de la dent, et toujours moins intense qu'il ne craignait, en voyant le davier approcher de sa bouche ; car, et c'est là un désavantage par rapport à l'anesthésie générale, aucun moyen d'anesthésie localisée ne supprime l'appréhension du patient à la vue du terrible instrument. Pour affirmer le bon effet du liquide de Schleich, je pourrais m'appuyer sur le témoignage d'un certain nombre de confrères médecins (Pourquoi les médecins craignent-ils encore plus la douleur que les autres patients ?)

qui, tout d'abord incrédules, réclamaient l'anesthésie générale et constataient avec une satisfaction étonnée que tout s'était passé sans qu'ils eussent éprouvé la douleur qu'ils redoutaient. L'un d'eux, qui disait avoir eu des crises d'angine de poitrine et est manifestement goutteux, me racontait qu'on lui avait fait, quelques années auparavant, une injection de cocaïne (dose?) et qu'il avait, à la suite de cette injection, présenté pendant plus de 20 minutes, un état d'excitation avec alternatives de torpeur dont il avait gardé un mauvais souvenir. Atteint de pulpite avec péricémentite au niveau d'une molaire inférieure dont les circonstances rendaient la conservation impossible, il me demandait de lui donner du protoxyde d'azote pour procéder à l'extraction ; je préférai m'en tenir à une injection du liquide de Schleich. La douleur fut nulle et il ne ressentit aucun malaise consécutif. (Je dois cependant dire que depuis ma communication j'ai eu l'occasion d'extraire une dent de sagesse à un médecin qui m'a déclaré avoir, malgré l'injection du liquide de Schleich, éprouvé une douleur à peu près égale à celle qu'il avait ressentie au moment d'extractions pratiquées sans anesthésie locale.)

Une dernière recommandation : pas plus que pour les injections de cocaïne pure, quand on emploie la méthode de Schleich, le patient ne doit être à jeun ; mais je ne crois pas nécessaire, du moins jusqu'à preuve du contraire, d'opérer sur un malade couché, ni de le garder une demi-heure dans cette position, ni de le lester d'une tasse de café ou d'un verre de liqueur (recommandations faites par M. Reclus à propos de l'emploi de la cocaïne pure).

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

# ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'ANATOMIE DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Par le Dr Cryer, de Philadelphie.

(Extrait.)

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 10 juin 1903.)*

La dentisterie est maintenant considérée par la généralité comme une profession séparée de l'art de guérir et sa pratique se spécialise davantage chaque année. Comme elle a une tendance à avoir ses propres professeurs et à diriger son enseignement en le séparant de la médecine et de la chirurgie générales, la question suivante se pose : Qu'est-ce que l'étudiant doit apprendre pour pouvoir exercer sa profession d'une manière pratique, habile et scientifique ? Il a été généralement admis que, parmi d'autres matières essentielles, il doit connaître l'anatomie ; mais quelle somme d'anatomie générale du corps humain doit être enseignée au dentiste ? C'est là une question à envisager en prenant pour base ses besoins en tant que praticien. A mon avis, l'étudiant doit d'abord avoir une connaissance générale suffisante du corps dans son ensemble et sur cette base doit reposer sa connaissance de l'anatomie pratique et chirurgicale de la région buccale et des régions voisines. L'acquisition de cette connaissance de l'anatomie générale est indispensable pour l'étudiant s'il veut comprendre exactement les processus de nutrition, d'action réflexe, etc. qui entretiennent et dominent les parties spéciales de l'organisme auxquels il se propose de consacrer son temps et son intelligence. L'anatomie spéciale doit lui être enseignée en ne perdant jamais de vue un principal objet : celui de savoir comment cette région particulière peut être le mieux traitée sous le rapport médical et chirurgical.

Le champ du stomatologiste est naturellement la bouche avec la région voisine ; par conséquent celui-ci doit connaître à fond cette cavité avec toutes ses relations anatomiques, ses fonctions et ses influences physiologiques. La

bouche et ses liquides fournissent une indication pour bien des maladies ; cette porte de l'organisme, et sa continuation, le canal alimentaire, par lequel tout le système reçoit sa nourriture, doivent donc être étudiés en grand détail. Le commencement du canal respiratoire est associé directement à la cavité nasale dans ses fonctions. Par conséquent, l'étudiant en dentisterie doit avoir une connaissance complète du conduit respiratoire, y compris les poumons. Il doit bien comprendre le système circulatoire général et connaître particulièrement le cœur et les vaisseaux qui se rendent à la face et à la tête et qui en reviennent. Il doit étudier l'anatomie générale du cerveau et de la moelle épinière en s'arrêtant spécialement aux nerfs craniens. Il doit étudier soigneusement les rapports de la bouche avec le cou, les fosses nasales, les sinus et les cellules pneumatiques qui y sont associés, ainsi que l'anatomie et les fonctions, normales ou anormales, de diverses glandes de la bouche et du cou.

En acceptant que l'anatomie doit être enseignée aux étudiants en art dentaire, la question suivante se pose naturellement : Quels sont les meilleurs moyens d'y parvenir ? L'enseignement préliminaire de l'anatomie générale peut être donné par ceux qui possèdent parfaitement cette matière, qu'ils soient pourvus du degré de L. D., D.D.S. ou non. Quand l'étudiant a acquis la connaissance préliminaire, il est apte à recevoir l'enseignement spécial qui concerne la cavité buccale et les parties avoisinantes. Cette anatomie appliquée doit être enseignée par des spécialistes de cette matière, seuls compétents pour inculquer dans l'esprit de l'étudiant l'importance de l'anatomie par rapport à son rôle de stomatologiste.

Le second point à considérer est celui-ci : comment cette anatomie spéciale sera-t-elle enseignée ? Qu'on ne perde pas de vue comme proposition générale qu'il est quelque peu plus difficile d'enseigner que de faire simplement à des élèves une conférence sur un sujet donné. Les choses doivent être présentées de manière à ce que l'étudiant les saisisse et à ce qu'il s'assimile ce que le professeur lui apprend.

Enseigner veut dire assimilation par l'étudiant aussi bien que présentation par le professeur, et cette double qualité est l'objet et l'essence de l'enseignement au sens exact du mot. Une méthode qui n'a pas pour résultat d'inculquer et d'établir dans l'esprit de l'étudiant une connaissance définie bien claire du sujet manque son but.

Atteindrons-nous ce but désirable par des conférences et des cours stéréotypés si communs dans les écoles, ou par le contact réel avec le sujet qui ne s'obtient que dans la salle de dissection, en enlevant la peau, les tissus superficiels, les tissus profonds, et en remontant à l'origine de chaque muscle, de chaque nerf, de chaque artère, de chaque veine? Le traité d'anatomie et la méthode de dissection ne sont pas sans valeur pour l'enseignement de l'anatomie purement descriptive ; mais, à mon avis, ils ne répondent pas complètement aux besoins du chirurgien. Quand celui-ci opère, il doit savoir ce qu'il y a immédiatement au-dessous de son instrument et pouvoir reconnaître les tissus quand il les rencontre sans avoir à remonter mentalement à leur origine. Au moment de l'opération il ne peut pas distinguer à quel tissu il a affaire en déterminant, comme celui qui dissèque un cadavre, l'origine et l'insertion des muscles. Il doit connaître l'anatomie régionale comprise dans la zone de l'opération.

Les méthodes adoptées par les anatomistes descriptifs généraux dans les salles de dissection sont laborieuses et exigent beaucoup de technique. Je doute qu'il soit raisonnable de contraindre les étudiants en dentisterie à faire ces dissections minutieuses de tout le corps ou même d'une grande partie du corps. La méthode est souvent poussée si loin que l'étudiant semble étudier la dissection au lieu de l'anatomie, et j'ai connu de bons prosecteurs qui ont été en fonctions pendant des années et qui, interrogés sur l'anatomie pratique appliquée, n'en savaient que fort peu. Même quand un étudiant a fait une bonne dissection d'une jambe ou d'un bras, il lui faut s'adresser à un démonstrateur pour savoir ce qu'il a découvert. Pourquoi ne pas faire disséquer

les corps par des préparateurs habiles et ne pas faire expliquer les parties par le démonstrateur à l'étudiant jusqu'à ce que celui-ci les connaisse assez bien pour expliquer à son tour chaque partie au démonstrateur? On prétend souvent que la dissection donne à l'étudiant de l'habileté technique. Cela est vrai dans une certaine mesure pour les étudiants en médecine qui n'ont pas d'autres travaux pratiques ; mais l'étudiant en dentisterie n'en a pas spécialement besoin, car son habileté technique est développée d'une autre manière plus utile.

Aucune matière du programme des études médicales ou dentaires ne s'oublie aussi vite que l'anatomie. Je crois que la cause n'en est pas que c'est de l'anatomie, mais seulement qu'elle n'est pas enseignée par la bonne méthode, car nous devrions certainement obtenir de meilleurs résultats en considérant le temps qui est pris par l'enseignement anatomique au moyen de conférences et d'exercices dans la salle de dissection. D'abord il convient de démontrer à l'étudiant que l'application de cette connaissance lui permettra d'exercer plus intelligemment sa profession ; que la matière doit lui être présentée au point de vue de son utilité dans la pratique et de la façon la plus intéressante possible.

Pendant les dix dernières années j'ai essayé diverses méthodes pour enseigner l'anatomie et je crois que j'ai le mieux réussi en faisant des sections de la tête dans diverses directions, en en faisant faire ensuite des photographies et en plaçant celles-ci sous verre pour des projections lumineuses. Je trouve que les étudiants trouvent davantage d'intérêt dans les leçons quand on projette des images des spécimens sur l'écran que quand le spécimen est tenu en main ou que quand le corps est placé sur la table. Ils ne peuvent pas tous voir le spécimen, mais tous peuvent voir les images, de sorte que la connaissance est amenée au cerveau par deux voies : la vue et l'ouïe et pour tous simultanément.

Beaucoup de sections de la tête qui ont servi à cet enseignement ont été faites quand le spécimen était partiellement sec. Une pareille section répond à un bon but, sur-

tout dans le nez et la région voisine, ses sinus et ses cavités pneumatiques associés, mais ces spécimens desséchés ont un inconvénient sérieux : les tissus mous se rétrécissent et sont loin de représenter ce qu'ils sont pendant la vie. Par conséquent il fallait employer d'autres moyens.

Les meilleurs anatomistes modernes suivent actuellement le procédé suivant : les corps destinés à cet enseignement ne doivent pas avoir perdu leur véritable forme anatomique par suite de maladie ; ils doivent être préparés le plus tôt possible après la mort, d'abord en y injectant une solution de formaline pour durcir les tissus mous, après quoi on injecte un magma de plâtre de Paris ; les corps sont alors couverts d'un revêtement de vaseline et entourés de drap, puis placés dans un réfrigérateur à une température de 15° F. Quand ils sont totalement congelés, ils sont prêts à être sectionnés. La scie à sections doit avoir une lame mince, large, avec des dents fines en forme de ciseau. On peut ainsi couper les os les plus fins sans les fracturer et même les tissus mous du cerveau sans les déplacer.

Les illustrations qui accompagnent cette communication montrent des exemples de sections préparées, d'après les deux méthodes, avec des spécimens desséchés et congelés. Elles ont servi à bien des professeurs pour des projections lumineuses, de façon à illustrer des conférences faites aux étudiants de l'une des écoles dentaires des Etats-Unis. D'autres écoles dentaires ont beaucoup de ces clichés qui ont été faits en double pour enseigner ; les professeurs des écoles de médecine s'en servent également et des illustrations sont faites d'après ces clichés pour des manuels.

(Le D[r] Cryer fait à ce moment passer sous les yeux de la sociétés quelques-uns de ses clichés.)

Les clichés que je viens de vous faire voir sont de simples échantillons pour vous montrer les avantages de cette méthode d'enseignement de l'anatomie appliquée à la dentisterie.

L'étudiant est intéressé immédiatement, ce qui est un

avantage considérable, d'autant que cela le met en état de réceptivité. Quand l'image est gravée dans son esprit, il est à même de comparer et d'augmenter ses souvenirs de la description orale et de discuter avec ses camarades les points illustrés et en même temps de corriger et d'éclairer des impressions indéterminées.

D'autre part, le professeur est incité par l'intérêt évident de l'étudiant à présenter son sujet de la meilleure manière qui lui est possible, l'action et la réaction le stimulant en même temps. Le moindre avantage de cette méthode pour le professeur n'est pas la possibilité pour lui d'exposer tous les points de la leçon distinctement à tous les étudiants à la fois.

Les clichés constituent les feuilles de son livre d'anatomie ; plusieurs de ces clichés forment un véritable chapitre. Ils représentent l'anatomie véritable, l'état véritable des parties, résultat le plus parfait obtenu jusqu'à présent pour mettre entre les mains de chaque étudiant un spécimen montrant les parties à étudier. Avec un nombre de clichés suffisant, le professeur peut faire sur l'anatomie un cours qui ne peut manquer d'inculquer et d'établir dans l'esprit de l'étudiant une connaissance définie bien claire du sujet, qui sera conservée et deviendra une partie essentielle de son bagage dans son œuvre intellectuelle de praticien.

# LE CURAGE AUTOMATIQUE DES CANAUX RADICULAIRES

Par MM.

F. Dérud (de Dôle), Dentiste.

et

J. Jarricot, Interne à l'Asile public d'aliénés du Jura.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 23 juin 1903.)*

L'éloge aujourd'hui n'est plus à faire des services rendus par l'eau oxygénée à la thérapeutique en général, à la thérapeutique bucco-dentaire en particulier [1]. Il est d'observation toutefois que c'est presque exclusivement au point de vue de l'antisepsie qu'on a songé à utiliser les solutés de peroxyde d'hydrogène. Certes, l'énergie cinétique de la libération du gaz n'avait pas passé inaperçue [2] jusqu'à notre première communication [3] relative au curage automatique des canaux. Mais il nous semble qu'on s'était borné jusqu'alors à enregistrer le phénomène sans chercher à le provoquer, *a fortiori* sans chercher à en augmenter la puissance. Notre procédé serait donc original [4]. Il l'est d'ail-

1. Voir, par exemple, les recherches de Fauchard.

2. Signalée, entre autres, par Quintin (de Bruxelles), *Traitement des dents infectées*, 1900. 3e Congrès dentaire international.

3. De l'asepsie et du curage automatique des canaux dentaires par l'emploi simultané du permanganate de potasse et de l'eau oxygénée. F. Dérud et J. Jarricot. XIVe Congrès internat. de médecine. Séance de démonstrations de la F. D. N. à l'Ecole dentaire de Paris, séance du 17 avril 1903.

4. Au cours de recherches bibliographiques que nous avons entreprises pour nous assurer de l'originalité de notre méthode, nous avons rencontré la description d'un procédé qui se rapproche du nôtre ; c'est celui du Dr J. R. Callahan (des Etats-Unis), qui proposa, en 1893, l'emploi de l'acide sulfurique et du bicarbonate de soude pour le traitement du 4e degré. Le dégagement d'acide carbonique joue dans le procédé américain le rôle de l'oxygène dans le nôtre.

Si, au point de vue de l'énergie cinétique, l'effervescence produite ici et là est sensiblement équivalente, le procédé Callahan nous paraît pourtant discutable et nous croyons saisir pourquoi il n'a que peu vécu.

M. le Dr Siffre a montré récemment (Soc. d'Odontologie de Paris, 11 janvier 1903) tout le parti que l'on peut tirer d'un emploi raisonné de l'acide sulfurique. Mais il a insisté justement sur la nature de la réaction thérapeutique : c'est une déshydratation. Or, il est clair que l'introduction ultérieure dans la dent d'une solution aqueuse va tout juste à l'encontre du but poursuivi. Aussi

leurs incontestablement — à notre connaissance tout au moins — quant à l'introduction en thérapeutique dentaire du chlore gazeux comme agent d'asepsie.

Nous nous proposons, dans le présent travail, d'exposer la technique très simple de notre procédé, puis d'entrer, avec quelques détails, dans l'étude chimique des réactions dont la dent devient momentanément le siège.

*I. La technique du procédé.*

*1er cas.* — La dent dont nous nous proposons de curer les canaux est atteinte d'une carie du 3e degré.

Nous préparons la chambre comme à l'ordinaire [1] ; nous abrasons la dentine ramollie ; nous extirpons ensuite la pulpe après dévitalisation. — La pulpe extirpée, nous fraisons de nouveau comme d'usage ; enfin, et voici alors la manœuvre caractéristique, nous portons avec de l'ouate humide, montée sur un équarissoir, de petites portions de permanganate de potasse au fond du canal ou des canaux à nettoyer. — L'ouate a été trempée dans une solution forte d'acide chlorhydrique. Le permanganate est pur ; nous l'utilisons sous forme de cristaux finement pulvérisés. — Lorsque avec une petite sonde nous avons poussé vers l'apex les poussières potassiques restées adhérentes aux parois radiculaires, la dent est prête à subir l'action de l'eau oxygénée. Nous portons cette dernière au contact du permanganate à l'aide de mèches largement imbibées. Une effervescence très vive se produit. Elle chasse automatiquement de bas en haut tous les débris. Le nettoyage est complet et parfait en quelques instants. Un très petit nombre de mèches suffit dans tous les cas.

*2e cas.* — La dent est atteinte de gangrène pulpaire sans périostite.

---

bien, l'emploi du procédé Callahan est limité à la cure du 4e degré ; son action, en outre, est toute locale, tandis que l'action de l'oxygène et surtout du chlore s'exerce à distance, au delà même de l'apex.

1. Si nous semblons reconnaître quelque utilité au travail préliminaire du tour, c'est bien moins conviction de cette utilité que désir de ne pas s'insurger contre un procédé accepté de tous. Personnellement, nous répudions en ce cas tout emploi de la fraise ; nous n'avons jamais eu d'accident... ni de réclamation !

Nous opérons comme précédemment. Toutefois, à cause de la septicité particulière des canaux, nous n'hésitons jamais à laisser de deux à trois jours — en le renouvelant chaque 24 heures — le pansement au permanganate. Par pansement au permanganate nous entendons ici :

1° Introduction dans la dent de cristaux porphyrisés ;

2° Madéfaction des cristaux par l'acide chlorhydrique ;

3° Introduction d'eau oxygénée ;

4° Obturation temporaire à la gutta.

Nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de cette oxydation en vase clos et dans une atmosphère chargée de chlore. Nous regardons même ce procédé comme le plus sûr moyen d'écarter toute menace de périostite.

Bien entendu, lorsque nous nous trouvons en présence d'un 4e degré avec périostite d'emblée, nous opérons de même encore ; la différence ne porte que sur le nombre des pansements.

*II. L'eau oxygénée.*

Au début de nos recherches, nous avons été tout naturellement inclinés à utiliser des solutés concentrés de peroxyde d'hydrogène, solutés dégageant, par suite, à volume égal une quantité plus considérable d'oxygène. (On sait qu'à l'état de pureté l'eau oxygénée libère 475 fois son volume d'oxygène.) Mais les expériences de Michaut [1], ainsi que nos analyses personnelles, nous ont démontré l'instabilité croissante avec la concentration des solutés oxygénés. Actuellement, nous nous en tenons à une eau oxygénée vendue pour un titre de 12 volumes, soit en réalité, de 9 à 10 volumes au moment de l'emploi. — L'eau oxygénée que nous utilisons est acidifiée par l'acide chlorhydrique, mais on peut en rencontrer où l'acide employé pour la conservation est l'acide sulfurique [2], sauf que celles acidifiées par

---

1. Michaut, *De l'eau oxygénée*. Thèse de Lyon, 1900.

2. Quand $H_2 O_2$ est additionnée de H Cl, elle donne un précipité blanc caillebotté avec $A_g A_z O_3$ ; ajouter quelques gouttes $H A_z O_3$ pour éliminer $H_3 PO_4$ ; quand l'acide de $H_2 O_2$ est $H_2 SO_4$, on a un louche ou un précipité blanc par $B_a PO_4$. On peut rencontrer encore dans $H_2 O_2$ : rarement $H A_z O_3$, quelquefois $H_3 PO_4$, quelquefois aussi $C_2 H_5$. OH. Pour les réactions, cf. Michaut, *l. cit.*

l'acide sulfurique sont peut-être d'une conservation plus heureuse que les autres ; ce point est d'ailleurs indifférent pour l'application de notre méthode [1].

III. *Le mécanisme chimique de la réaction.*

Lorsque l'on verse de l'eau oxygénée sur du permanganate de potasse pulvérisé, on voit tout aussitôt se produire une très vive effervescence. Si l'on recueille le gaz dégagé, on peut facilement démontrer qu'il s'agit d'oxygène. Que s'est-il passé ?

On trouve dans tous les traités de chimie que l'action de l'eau oxygénée sur le permanganate de potasse peut, suivant l'acide employé, être représentée par l'une des deux équations suivantes.

1°) $2\ M_n\ O_4\ K + {}^5\ H_2\ O_2 + 6\ HCl = 2\ M_n\ Cl_2 + 2\ KCl + 8\ H_2\ O + O_{10}$;

2°) $2\ M_n\ O_4\ K + 5\ H_2\ O_2 + 3\ H_2\ {}^5\ SO_4 = 2\ M_n\ SO_4 + K_2\ SO_4 + 8\ H_2\ O + O_{10}$.

Il nous a paru que ces équations ne rendaient compte du phénomène que lorsqu'on ajoute à de l'eau oxygénée une solution acide de permanganate de potasse. Nous croyons qu'il n'en va plus de même :

1°) Lorsqu'on fait réagir de l'eau oxygénée sur du permanganate de potasse pulvérulent ;

2°) Lorsqu'on fait tomber de l'eau oxygénée dans une solution acide de permanganate.

*1er Cas. — L'eau oxygénée est mise en contact avec le permanganate pulvérulent.* Nous croyons qu'il se passe dans ce cas, indépendamment de l'action chimique et superposée à celle-ci (réduction partielle du sel de potasse), une action catalytique dont le résultat serait la libération d'une quantité d'oxygène plus grande que ne le laisse prévoir la théorie. Cette action de présence ne nous semble pas douteuse.

---

1. Ou peut utiliser également, sans difficulté, des eaux oxygénées neutralisées au préalable par la soude, puis acidifiées de nouveau par l'acide borique (Normand, *De l'eau oxygénée. Union pharmaceutique*, 15 mars 1902) ou traitées par le biborate de soude, suivant le procédé Crolas (Michaut, *l. cit.*, p. 27).

Tous les corps pulvérulents (charbon, poussière) déterminent par leur simple contact la décomposition de l'eau oxygénée. On sait d'ailleurs qu'on libère l'oxygène d'une eau oxygénée en faisant barboter dans celle-ci un gaz inerte. Dans le cas de corps pulvérulents, « la destruction est provoquée par des bulles gazeuses, souvent invisibles, entraînées par ces corps et qui jouent le rôle « d'atmosphères »[1] au sein desquelles se fait la libération d'oxygène »[2].

2e *Cas. — L'eau oxygénée est mise en contact avec une solution acide de permanganate.*

*Lorsque dans une solution acide de permanganate de potasse on fait tomber de l'eau oxygénée,* on voit bientôt la liqueur louchir, se troubler, finalement précipiter; l'analyse du précipité démontre la formation de bioxyde de manganèse.

La connaissance de cette réaction n'est pas seulement utile dans le cas d'un dosage de l'eau oxygénée par l'emploi d'une solution titrée de sel potassique; elle l'est encore dans le cas qui nous occupe. On sait, en effet, que si, en milieu neutre ou alcalin, l'eau oxygénée peut se décomposer en présence du bioxyde de manganèse, sans que le bioxyde se décompose lui-même, il n'en va plus de même en milieu acide. Il se forme dans ce cas un sel manganeux et il se dégage deux atomes d'oxygène pour un atome d'eau oxygénée. Or, d'une part, comme dans un curage radiculaire, nous opérons en milieu acide et même très acide, on comprend que le bioxyde formé au cours de la réaction puisse se décomposer à son tour, libérant ainsi une quantité appréciable d'oxygène. On peut, d'autre part, concevoir une substitution du bioxyde de manganèse au permanganate de potasse. Bien d'autres corps pourraient du reste, être employés dans le même but; un mélange, par exemple,

---

1. Cf. Les travaux de Gernez.
2. Clément de Brye, *Du décollement des pansements adhérents.* Thèse de Lyon, 1901. — Cf. également sur ce point, Chanoz, *A propos de l'emploi de l'eau oxygénée dans le décollement des pansements adhérents. Gazette des Hôpitaux,* 28 mai, 1901.

de peroxyde de manganèse et d'anhydride chromique porphyrisés. ($M_n O_2 + Cr O_3$) P. E.

Le succès serait toutefois souvent contrarié par des particularités gênantes des réactions : colorations tenaces, causticité des corps employés, etc. Puis, peut-être reconnaîtra-t-on avec nous que, le permanganate suffisant à l'usage que nous lui assignons, il serait superflu d'ajouter à notre arsenal des produits chimiques dont la valeur ne serait qu'équivalente, sinon inférieure à celle du sel que nous avons adopté.

---

Nous venons d'envisager les réactions de l'eau oxygénée sur le permanganate *in vitro;* dans la réalité, c'est-à-dire, dans un canal radiculaire, les choses se passent-elles ainsi? Oui et non.

La libération de l'oxygène se fait bien suivant le cycle que nous décrivons. Mais la réaction gagne encore en complexité. Nombreuses sont, en effet, les matières organiques dont le contact détermine la décomposition de l'eau oxygénée. Sans doute, dans le cas d'un curage des canaux nous n'avons guère à envisager que deux de ces substances, mais il se trouve que ce sont précisément les deux plus actives : le sang et le pus. Nous n'avons pas à analyser ici les recherches de S. Cotton[1] et de Cl. de Brye[2]. Rappelons seulement que, d'après de Brye, le pus est presque aussi énergique que le sang ; or, d'après Cotton, un centimètre cube de sang libère, en détruisant de l'eau oxygénée, environ 600 centim. cubes d'oxygène.

Si l'on songe que cette réaction se superpose à l'action chimique et à l'action catalytique du permanganate, on comprend comment peuvent suffire à déterminer un très vif dégagement d'oxygène de minimes quantités de l'oxydant potassique.

---

1. S. Cotton, *Action de l'eau oxygénée sur le sang. Bull. de la Soc. de pharmacie de Lyon*, janvier, 1901.
2. *L. cit.*

L'effervescence dont nous venons d'étudier le mécanisme est la condition de l'automatisme du curage. Mais, à côté du nettoyage mécanique, il se manifeste une activité plus haute. On sait, en effet, le pouvoir microbicide de l'oxygène sur nombre de bactéries. Le dégagement d'oxygène a donc, au point de vue de l'asepsie, une influence non douteuse [1]. L'influence de l'oxygène toutefois le cède peut-être à celle que nous allons étudier maintenant : l'influence du chlore [2].

Comme nous l'avons exposé plus haut, pour libérer les quantités maxima d'O de $H_2O_2$, nous introduisons dans les canaux du permanganate de potasse et de l'acide chlorhydrique. Mais cet acide chlorhydrique réagit sur le permanganate, et l'issue de cette réaction n'est rien autre qu'un dégagement fort appréciable de chlore. Nous ne sommes pas éloignés de croire que les succès que nous a donnés notre procédé viennent, en majeure partie, de la production de ce gaz, agent si énergique de désinfection. Aussi bien voici suivant quel mode nous semble s'effectuer sa libération.

Dans un premier temps, et en présence d'un excès d'acide chlorhydrique, le permanganate de potasse donnerait naissance à du bioxyde de manganèse, du chlorure de potassium et à du chlore, suivant l'équation :

$$M_n O_4 K + 8HCl = M_n O_2 + {}^4HCl + 2H_2O + KCl + {}^3Cl.$$

Mais tandis que le chlorure de potassium resterait inactif, en solution dans l'eau, le bioxyde de manganèse néo-formé réagirait à son tour sur l'excès d'acide chlorhydrique :

$$M_n O_2 + {}^4HCl = M_n Cl_2 + 2H_2O + 2Cl.$$

La formule complète de la réaction nous paraît, en somme, la suivante :

$$M_n O_4 K + 8HCl = M_n Cl_2 + {}^4H_2O + KCl + {}^5Cl.$$

1. Le pouvoir microbicide de l'oxygène est d'autant plus à retenir qu'en présence de matières organiques il se dégage souvent sous forme *d'ozone ;* c'est le cas ici, comme nous l'avons souvent observé. Cette recherche ne va pas, du reste, sans difficulté sérieuse du fait du dégagement simultané de chlore qui masque certaines réactions de l'ozone.

2. Dans une étude qui paraîtra prochainement, nous nous proposons d'étudier tout le parti qu'on pourrait tirer de la production du chlore gazeux comme agent d'asepsie en odontologie.

Si nous ne nous sommes pas abusés en établissant ces formules, on voit quelle faible quantité de permanganate serait nécessaire pour obtenir un très sensible dégagement de chlore.

Nous ne reviendrons pas ici sur notre manuel opératoire. Rappelons seulement que les deux temps (1er T = introduction de HCl et de $M_nO_4K$; 2e T = introduction de $H_2O_2$) sont séparés par une pose *ad libitum*. Suivant que cette pose a été prolongée quelques instants ou n'a été au contraire que virtuelle, — les deux temps se succédant presque sans arrêt — l'eau oxygénée est décomposée par des fractions seulement du permanganate ou au contraire surtout par du permanganate et pour le reste par du bioxyde de manganèse. Il y a lieu toutefois de ne pas prolonger outre mesure cette pose intercalaire. Si, en effet, l'acide chlorhydrique se trouve en excès suffisant, on peut voir, d'après les formules ci-dessus, que non seulement le permanganate, mais que tout le bioxyde lui-même peut être détruit. Il devient évident que le dégagement ultérieur d'oxygène pourrait être, de ce chef, réduit en de notables proportions.

*
* *

Telle est la méthode que nous utilisons depuis longtemps de préférence à toute autre. Nous ne voulons rien préjuger de l'avenir et de méthodes nouvelles que nous entrevoyons. — Mais puisque tel quel, le procédé au permanganate et à l'eau oxygénée nous a toujours donné — et depuis longtemps — des résultats parfaits, nous inclinons à croire qu'il trouvera un favorable accueil

# LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

*Compte rendu de la Section d'odontologie.*

LES COMMUNICATIONS *(Suite).*

## GLOSSITE ÉPITHÉLIALE AMBULATOIRE CIRCINÉE PYOGÈNE

Par le Dr CHOMPRET, de Paris.

M. Chompret a présenté au Congrès une très intéressante communication sur les glossopathies.

Pour cet auteur, la difficulté du diagnostic de ces affections tient à ce qu'on néglige presque constamment leur histologie pathologique. Depuis quelques années le Dr Gastou et lui se sont livrés à l'hôpital Saint-Louis à l'étude approfondie des glossopathies et il a apporté au Congrès le résultat de leurs recherches au sujet d'une maladie qui porte les noms bien différents de langue géographique (Bergeron), glossite exfoliatrice marginée (Fournier), eczéma de la langue (Besnier, de Molènes).

Les observations très détaillées de trois malades atteints de cette maladie permettent de constater qu'au milieu de symptômes variés de moindre importance, il existe des caractères constants, pathognomoniques qui sont : *lésion exclusivement linguale, chronique, superficielle, circinée, ambulatoire.*

Les biopsies linguales, qui sont des opérations bénignes avec les moyens dont nous disposons actuellement, ont permis à l'auteur de prélever un certain nombre de pièces sur lesquelles il a constaté ce qui suit :

1° Dans le revêtement épithélial pavimenteux : sous des cellules aplaties ou distendues, quelquefois kératinisées, il existe des îlots d'infiltration intense à cellules à noyaux émiettés (leucocytes polynucléaires) formant de petits abcès superficiels ;

2° Dans la couche papillaire, infiltration, œdème du tissu cellulaire, stase lymphatique, dilatation veineuse en présence de nombreux lymphocytes conglomérés, réaction conjonctive.

Cela nous a permis de donner à l'affection que nous décrivons le nom de *glossite pyogène.*

La communication de M. Chompret était accompagnée de mou-

lages de M. Baretta pris sur les malades et reproduisant trois types de cette affection, et d'une série de moulages d'autres affections linguales superficielles comprenant les manifestations de la syphilis, de la leucoplasie, du lichen lingual, du muguet, etc.

Elle a été suivie d'une discussion, à laquelle ont pris part MM. Roy et Sauvez, ce dernier pour faire remarquer une fois de plus la nécessité pour le dentiste de bien connaître la symptomatologie de ces affections, qu'il a si souvent l'occasion de remarquer au début. Nombre de malades qui ignorent en effet être atteints d'une maladie de ce genre sont adressés aux médecins spécialistes par le dentiste qu'ils étaient venus consulter pour des soins à donner aux dents.

---

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS TRÈS RARE DE DENTOMALACIE

Par M. J.-D. Losada, de Madrid.

M. Losada décrit une affection à laquelle il donne le nom de dentomalacie. Elle a pour résultat le ramollissement ou la décalcification des dents.

Ses conclusions sont les suivantes :

*a*) Il existe un ramollissement des dents que nous pouvons appeler dentomalacie.

*b*) La cause de ce ramollissement est la décalcification lente de la dentine, qui prend alors un aspect cartilagineux.

*c*) Les acides organiques qui viennent de l'extérieur ou qui sont produits par des fermentations dans la bouche se combinent avec les sels calcaires qui forment la plus grande partie de la dent.

*d*) Cet état de choses empêche la mastication et cause l'inflammation de la pulpe.

*e*) Le sucre, en se transformant dans la bouche en acide acétique et en acide lactique, est un facteur important de décalcification.

*f*) La saccharomanie ou habitude vicieuse de prendre du sucre en grandes quantités existe et est dangereuse pour tout l'organisme.

Une vive discussion a suivi la lecture de la communication de notre confrère. MM. Chompret, Roy, Amoëdo ont tour à tour pris

la parole pour déclarer avoir vu des cas en tous points semblables à celui relaté par M. Losada et qui siégeaient dans la bouche de confiseurs ou de morphinomanes ; ces caries particulières seraient dues à une solution de continuité entre le cément et l'émail, qui constituerait une anomalie de structure de la dent.

---

## CORRECTION D'UN CAS DE PROTUSION DES DENTS SUPÉRIEURES

Par le Dr. SUBIRANA, de Madrid.

*Résumé.*

L'auteur fait remarquer que la protusion des dents supérieures a bien souvent pour cause l'obstruction nasale, et cet épiphénomène peut faire que le dentiste découvre une maladie qui était ignorée de la famille.

Le nom d'*articulations imparfaites* donné par Angle à ces anomalies nous semble très logique, et quoique nous croyions que l'odontologiste doit aller à la conquête de l'articulation physiologique, dans une partie des cas il se voit empêché de l'obtenir soit en raison de la trop grande quantité de temps et de travail, soit parce qu'il est douteux qu'il l'obtienne, soit parce que cette obtention ne serait pas une amélioration assez nécessaire et assez extraordinaire pour justifier des procédés doublement violents et d'une durée double. Le cas présent est un de ceux-là. Il faut être opportuniste, car, en voulant parvenir au summum de la perfection, on peut aboutir à un échec complet.

Le nombre d'années pour entreprendre avec succès les redressements n'est pas si restreint. Le jeune âge les favorise, mais leur possibilité n'est pas exclue par un âge plus avancé. Un auteur a dit : « Il peut y avoir du mouvement tant qu'il existe de la force à dépenser ou jusqu'à ce que la résistance soit égale à la puissance... » Le sujet du cas présent a 27 ans.

Nous croyons que le redressement ne sera pas toujours possible en se servant exclusivement des fils de métal, des anneaux, des vis, etc., préconisés par quelques auteurs,

parce que, à cause de la forme des dents en général, de leur peu de croissance, de leur rapprochement, de l'articulation, ils manquent de solidité et de stabilité.

Nous notons le résultat admirable obtenu en prenant la tête comme point d'appui et les élastiques comme forces. En raison de la diversité de direction des dents, il est d'une grande importance de compter beaucoup sur le placement des élastiques dans une résille et de modifier la direction des branches de la barre.

L'économie de temps dans les redressements sera toujours favorable au résultat. Pour en gagner, nous ruginons avec une fraise l'os qui existe entre la canine et la deuxième bicuspide, après avoir enlevé les tissus mous, en évitant de cette façon le travail lent d'absorption qu'aurait à faire la force dirigée sur la canine.

La réussite de cette correction est attribuable en partie au sujet, en raison de sa constance, de sa docilité, des visites répétées que nous lui avons imposées (quatre ou cinq par semaine). Nous estimons que bien des insuccès dans les redressements proviennent de ce que le dentiste ne voit son patient que de temps en temps, ce qui entraîne comme conséquence le manque d'hygiène buccale et le découragement.

Dans les derniers moments, pour finir de régulariser les dents, une plaque de caoutchouc, avec une bande d'or qui passait en avant des dents et dont les vis achevaient de les pousser et de les remettre en place, nous a donné un bon résultat.

L'appareil de rétention fut porté un an et consistait en un fil de platine qui maintenait les dents par leur face antérieure en partant de deux molaires supérieures de six ans.

La protusion une fois corrigée, le sujet perdit les mauvaises habitudes qu'il avait prises depuis son enfance.

Les deux facteurs principaux pour la réussite sont la persévérance et la propreté.

---

## TRAITEMENT DES DENTS A PULPE MORTE

Par M. Amoedo, de Paris.

Les conclusions de M. Amoëdo sont les suivantes :

L'étude des dents à pulpe morte, de par les complications infectieuses que ces dents peuvent causer, est d'une importance capitale en art dentaire.

Leur traitement peut se résumer ainsi :

1° *Dents récemment dévitalisées :* Extirper la pulpe en totalité dans les canaux radiculaires.

2° *Dents à pulpe putréfiée avec ou sans complications :* Nettoyage et désinfection de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires à l'eau oxygénée. Elargissement des canaux avec la méthode chimique (acide sulfurique) ou la méthode mécanique (Gates-Gilden drills).

Ces deux méthodes peuvent être employées simultanément. Application de pansements antiseptiques non irritants ; nous proposons l'éther iodoformé. Obturation avec des cônes de gutta-percha, imbibés de chloro-percha thymolée.

Tel est dans ses grandes lignes l'exposé du traitement des dents à pulpe morte.

---

## RADIOLOGIE DENTAIRE

Par M. Guye, de Genève.

La communication de M. Paul Guye, une des meilleures présentées au Congrès, a pour but de faire connaître aux dentistes les méthodes les plus parfaites, les appareils les plus perfectionnés et les plus pratiques pour l'application de la radiologie aux besoins des différentes branches de l'odontologie.Cette communication leur montrera également le parti qu'ils pourront tirer de ses diverses applications.

Les lecteurs de *L'Odontologie* auront la bonne fortune de pouvoir lire en entier ce travail dans un de nos plus prochains numéros et nous ne doutons pas qu'ils ne l'apprécient comme il le mérite.

---

## ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE L'ANATOMIE DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Par le Dr Cryer, de Philadelphie.

Le professeur Cryer, de Philadelphie, a présenté une très remarquable communication accompagnée d'un grand nombre de pièces anatomiques et de photographies de ces pièces mises sous verre pour les projections lumineuses. Son succès a été très grand; aussi la délégation de l'Ecole dentaire de Paris a-t-elle demandé au professeur Cryer de vouloir bien, à son passage à Paris lors de son retour de Madrid, venir faire à la Société d'Odontologie une conférence et des projections sur le même sujet. Cette séance a eu lieu le 10 juin et la conférence de M. Cryer a obtenu parmi nous le même succès qu'elle avait obtenu à Madrid.

Nous sommes heureux de publier d'autre part (V. p. 17) un extrait de cette communication, qui permettra à nos lecteurs de saisir toute l'importance que nous attachons à cet enseignement appelé à donner des résultats précieux.

---

## ODONTALGIE HYSTÉRIQUE

Par M. Bernard Sanchez, de Madrid.

*Résumé.*

Il s'agit d'une manifestation locale, d'une perturbation psychique, d'un phénomène sensitif, d'un état d'hystérie, d'une maladie enfin qui se présentait dans la bouche sans que la cause existât dans la cavité buccale elle-même, ni qu'on dût appliquer de traitement local. Il convenait d'utiliser la suggestion pour guérir cette souffrance, qui, tout en revêtant des caractères d'incommodité insupportable pour la malade, n'obéissait pas à des causes matérielles et constituait une maladie morale.

Le sujet, une femme mariée de 46 ans, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires ni pathologiques importants, de la province de Burgos, vint à Madrid consulter un praticien sur une douleur fort ancienne qu'elle éprouvait dans la bouche et qui était localisée dans la portion alvéolaire gauche et dans le même côté de la voûte palatine.

Elle éprouvait cette douleur depuis quatre ans, à la suite d'une carie de la canine du côté gauche du maxillaire supérieur à laquelle avait succédé un abcès alvéolaire accompagné d'une grande inflammation. Diverses opérations (extractions et incisions) demeurèrent

sans effet, bien que la patiente fût allée consulter des spécialistes à Bilbao.

Les douleurs persistant, elle se décida à se rendre auprès de M. Sanchez, à Madrid, qui, à l'examen buccal, remarqua seulement, du côté opposé à celui où siégeait la douleur, une carie du 3e degré de la dent de sagesse du maxillaire supérieur et une du 2e degré à la première bicuspide du côté gauche du maxillaire inférieur.

La dent de sagesse fut extraite, la bicuspide obturée, les autres dents furent nettoyées et quelques-unes restaurées, suivant leurs besoins.

La malade continuant de se plaindre, M. Sanchez la conduisit quelques jours après à M. Aguilar qui, après examen de la bouche, conclut, hors de la présence de la malade, à un cas d'hystérie et recommanda de le traiter par la suggestion.

La malade présentait en effet tous les symptômes de l'hystérie : sensibilité et altération du caractère, altération de la sensibilité et de la motilité, désordres dans certains appareils, attaque d'hystérisme enfin.

Le traitement institué fut le suivant : application de toutes les petites pièces de prothèse que nécessitait l'état des dents, de courants électriques et de chlorure d'éthyle, lavages à l'eau boriquée et avec un élixir dentifrice.

M. Sanchez recommanda secrètement au frère de la patiente, qui l'avait accompagnée à Madrid, de la conduire à des endroits où elle aurait quelque distraction à l'heure où la douleur était ressentie.

Les courants furent appliqués pendant huit jours avec une intensité croissante et pendant huit jours avec une intensité décroissante.

Dès le premier jour un changement fut constaté, qui alla en s'accentuant pendant toute la durée du traitement et en dix jours tout trouble avait disparu et toutes les fonctions avaient repris leur cours normal.

La suggestion seule avait produit ce résultat et avait seule réussi où tout le reste avait échoué.

---

## INFLUENCE DU SŒMNOFORME (ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL) SUR LES CENTRES NERVEUX

### SON ACTION SUCCESSIVE SUR LE CERVELET ET LE CERVEAU

Par les Drs MARCEL CAVALIÉ et GEORGES ROLLAND, de Bordeaux.

Le Dr Rolland, de Bordeaux, continue l'étude de cet anesthésique général et a présenté en collaboration avec le Dr Cavalié, professeur

agrégé d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, un travail fort intéressant dont nous donnons ci-après les conclusions.

Les auteurs ont étudié, à l'aide des méthodes de Golgi, de Nissl et d'Ehrlicht, chez le lapin, chez le chat et chez le cobaye, l'influence du sœmnoforme anesthésique général (mélange de chlorure d'éthyle, de chlorure de méthyle et de bromure d'éthyle sur les cellules pyramidales et les cellules de Purkinje.

1° Au début de l'anesthésie la cellule de Purkinje est la seule modifiée ;

2° Dans le cours de l'anesthésie de courte durée, la cellule de Purkinje est plus modifiée que la cellule pyramidale ;

3° Au bout de l'anesthésie prolongée (une heure) la cellule de Purkinje et la cellule pyramidale sont également modifiées ;

4° Moins d'une heure après une anesthésie prolongée, pendant une heure, la réparation est à peu près complète.

Le sœmnoforme agit d'abord sur le cervelet, secondairement sur le cerveau.

---

## DES RAYONS X DANS LA RECHERCHE DES APPAREILS DE PROTHÈSE DENTAIRE

Par les Drs J. Bergonié et S. Dunogier, de Bordeaux.

Les conclusions de ce travail très remarqué sont les suivantes :

1° Les rayons X nous permettent, à moins de circonstances exceptionnelles, et par une bonne technique, de retrouver dans le corps humain tous les appareils de prothèse dentaire communément employés (appareils métalliques) en vulcanite, dent à pivot, obturateurs de sinus maxillaire, etc ;

2° Si des erreurs ont été commises dans la recherche des appareils de prothèse dentaire engagés dans le tube digestif, cela nous paraît tenir surtout aux idées fausses que l'on se faisait, avant ces recherches, de leur opacité relative. L'interprétation de radiographies faites à ce sujet, bien que difficile dans certains cas, nous semble pouvoir être faite

sans erreur en se reportant aux faits d'expérience rapportés ici ;

3° Le chirurgien sur le point de faire une œsophagotomie ou une gastrotomie trouvera en eux un élément de diagnostic indispensable.

---

## SUR LA VULGARISATION DES MOYENS DE PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS DE LA BOUCHE

Par le Dr Terrier, de Paris.

Le Dr Terrier, mu par les plus louables sentiments, a présenté une communication sur ce sujet tant de fois traité déjà. Nous nous faisons un véritable plaisir de reproduire avec le plus grand soin ses conclusions :

1° Dans les services hospitaliers où les malades sont soumis au traitement hydrargyrique, une brosse à dents sera donnée en propriété à chaque malade. Il en emportera une à l'état de neuf quand il sortira, et on lui donnera des instructions pour qu'il touche du doigt l'utilité de la pratique de l'hygiène buccale. Un dentifrice très simple (poudre en général) lui sera donné également ;

2° Dans les services des femmes enceintes, même usage, en expliquant bien à la malade, à sa sortie, que pendant qu'elle allaitera, ses dents auront le même besoin de soins minutieux que pendant son état de grossesse ;

3° Dans l'armée, une brosse à dents fera partie du nécessaire du soldat ; et messieurs les médecins militaires éclaireront les cadres de sous-officiers sur l'utilité des soins d'hygiène buccale ;

4° Dans l'enseignement primaire, en donnant les premières notions d'hygiène, on expliquera la nécessité de soins d'hygiène de la bouche ;

4 *bis*. Pour obtenir ce résultat, dans le programme des Ecoles normales où sont formés les instituteurs et les professeurs, sera inscrite l'hygiène buccale ;

5° Dans les cours d'adultes on donnera des notions d'hygiène de la bouche ;

6° Dans les examens des jeunes filles (brevets simples ou supérieurs ou autres titres suivant les pays), on inscrira au programme les soins d'hygiène buccale ;

7° De même dans l'enseignement, dit secondaire, des jeunes gens ;

8° Les sociétés de bienfaisance publique, ou mieux encore les sociétés privées, seront invitées à allouer un léger crédit à la distribution de brosses à dents et de dentifrices simples, dans les dispensaires, dans les cliniques gratuites et dans les familles pauvres.

---

## L'HERMOPHÉNYL

### SES APPLICATIONS EN STOMATOLOGIE ET EN ODONTOLOGIE

Par le Dr Monnet, de Paris.

M. Monnet a présenté au Congrès un nouveau médicament, l'hermophényl (mercure-phénol disulfonate de sodium. C'est un antiseptique puissant qui n'occasionne jamais de gingivite ni de stomatite, ne précipite pas les albuminoïdes et ne précipite pas lui-même ni par la soude, ni par l'acide chlorhydrique, ni par le sulfhydrate d'ammoniaque. Il n'amalgame pas l'or et par conséquent n'exerce aucune action sur les appareils en or ou sur les aurifications. Il n'est pas irritant et son goût n'est pas désagréable ; enfin il est d'usage facile parce qu'il peut être employé en lentilles de 2 centigrammes chacune dans un demi-verre d'eau permettant ainsi de pratiquer facilement l'antisepsie de la cavité buccale.

---

## APPAREIL D'URGENCE POUR CONTENTION DE FRACTURE COMPLIQUÉE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS

Par M. Beltrami, de Marseille.

Cet ingénieux appareil a été imaginé et construit par M. Beltrami, dentiste des hôpitaux de Marseille, pour une fracture totale et horizontale des deux os maxillaires supérieurs, dite fracture de A. Guérin déterminée par un traumatisme très violent. (*Voir planche*, fig. 1.)

L'appareil, dont l'application ne fut point douloureuse, a permis au malade de parler et de s'alimenter immédiatement avec facilité, tandis qu'avant la pose de l'appareil tout mouvement des mâchoires

PLANCHE I.

Fig. 1.

Fig. 2.

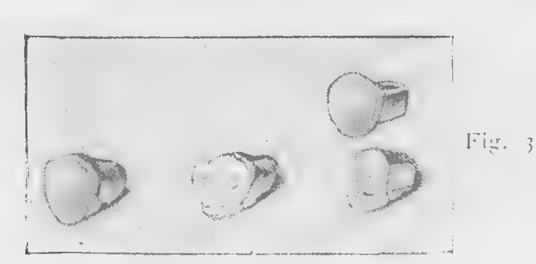


Fig. 3

A
Dent avec
talon en or.

B
La même
fracturée.

C
La même réparée
avec bague.

était impossible, par suite de la mobilité de la partie inférieure du maxillaire qui, détachée, flottait comme un corps étranger dans la bouche. (*Voir planche*, fig. 2.)

Au bout de dix jours la consolidation était presque achevée et le blessé put commencer à se nourrir d'aliments solides.

Quarante-huit heures ont suffi pour la confection et la pose de l'appareil.

Le traitement comprend les différentes phases suivantes :

1° Prise de l'empreinte du maxillaire supérieur fracturé ;

2° Estampage d'une plaque, selon les procédés ordinaires, la plaque recouvrant toutes les dents ;

3° Essai et pose de deux crochets soudés à la plaque estampée.

Confection d'une calotte avec rubans s'adaptant aux crochets et ramenant en haut et en arrière la partie fracturée, tout en la maintenant solidement.

Les qualités que présente cet appareil se résument en ceci :

*a*) Facilité d'application, suppression de la douleur.

*b*) L'appareil s'attache simplement, il n'est ni encombrant, ni apparent.

*c*) La mastication et la phonation sont rapidement obtenues.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA CARIE DU DEUXIÈME DEGRÉ AVANCÉ

Par le Dr Nux, de Toulouse.

Frappé des inconvénients que présente l'irritabilité pulpaire dans certains cas où l'on a coiffé la pulpe avec d'excellentes raisons de croire à un résultat favorable, notre confrère le Dr Nux nous indique un procédé qui lui paraît être un moyen certain pour s'assurer si l'on doit conserver ou mortifier la pulpe. En l'employant on évite uue perte de temps assez considérable et les ennuis d'avoir à dévitaliser après coup une pulpe que l'on avait cru pouvoir conserver. Voici le procédé qu'il indique :

La cavité étant bien nettoyée mécaniquement jusqu'à la dentine dure, puis lavée avec de l'eau oxygénée, j'imbibe une boulette de coton d'essence de girofle que je trempe ensuite dans une solution épaisse de chlora-percha. Cette boulette de coton est introduite dans la cavité et pressée assez fortement. Je mets par-dessus un second pansement au benjoin, qui doit être pressé encore fortement. Si la solution peut pénétrer à

travers quelque solution de continuité de la dentine, que je n'aurais pu découvrir à l'exploration, il se produit une douleur qui apparaît presque immédiatement, ou bien au bout de deux ou trois minutes après la mise en place de la solution de gutta. Cette douleur, qui va en augmentant, résulte de la compression de la pulpe par les liquides du pansement.

Je suis donc fixé immédiatement sur la perméabilité de la paroi dentinaire et je n'ai plus alors qu'à enlever mon pansement, laver au chloroforme pour dissoudre la gutta-percha et mettre un caustique.

Si, au contraire, la pulpe ne réagit pas, j'attends deux jours ou trois, puis je mets une gutta-percha ordinaire, que je laisse en place cinq ou six jours, et j'obture définitivement.

---

## NOUVEL APPAREIL POUR LE SAUT DE L'ARTICULATION

Par M. Körbitz, de Berlin.

Notre distingué confrère M. Körbitz, de Berlin, a présenté un nouvel appareil destiné à obtenir le saut de l'articulation « Jumping the bite ».

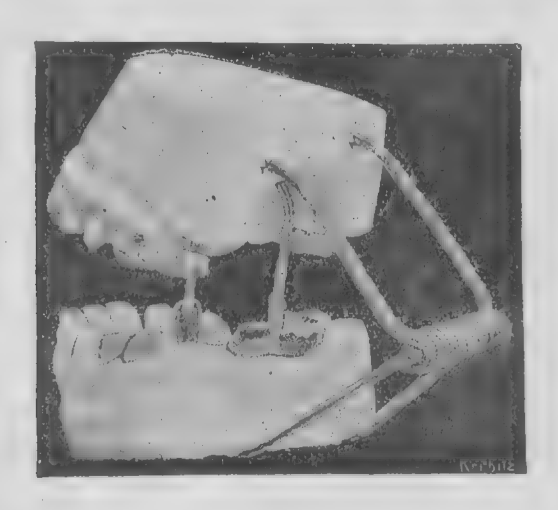
On l'emploie dans le cas où le maxillaire inférieur est insuffisamment développé, ce qui constitue généralement un prognathisme apparent ou faux prognathisme du maxillaire supérieur.

L'appareil qu'il a présenté lui a donné d'excellents résultats dans les trois cas où il l'a appliqué.

« L'appareil se compose de deux parties : une qui est destinée au maxillaire inférieur, l'autre au supérieur. L'appareil supérieur se compose de deux anneaux analogues à ceux dont on se sert dans les appareils de redressement d'Angle. Ces anneaux sont placés de chaque côté sur les molaires. A ces anneaux est soudé un fil rond en forme de fer à cheval et compris de telle sorte qu'il s'applique sur la muqueuse palatine et qu'il se termine à chaque extrémité par un bout libre perpendiculaire, qui vient s'engager à l'occlusion entre la langue et la table interne du maxillaire

inférieur. L'appareil inférieur se compose, de chaque côté, de deux petites couronnes accolées, estampées sur la molaire et la deuxième prémolaire. A ces couronnes est soudée une ailette verticale concave, à concavité postérieure. On cimente ces doubles couronnes sur les dents. L'extrémité libre du fil de l'appareil supérieur vient s'engager dans la rainure de l'ailette de l'appareil inférieur. Ainsi se trouve créée, par les positions qu'on donne au fil, la traction en avant du maxillaire inférieur. Puis, quand cette traction a amené le maxillaire jusqu'à articulation normale, on comprend facilement qu'aussi longtemps qu'on laissera l'appareil, tout mouvement de régression sera impossible.

» Permettez-moi de vous dire que le port de l'appareil est très peu gênant, beaucoup moins qu'avec la vis telle



que l'emploie Angle pour élargir l'arcade supérieure : Je dois vous dire aussi que l'appareil n'apporte aucun obstacle à la mastication, comme vous pouvez l'essayer sur le modèle, et qu'il importe qu'un appareil bien construit empêche le patient de mordre par-dessus les ailettes. Par contre, la traction d'avant en arrière qu'exerce le maxillaire inférieur sur l'appareil est si considérable dans les premiers temps que les ailettes inférieures peuvent se casser ou les bagues supérieures se déchirer. J'emploie également des couronnes dans

le maxillaire supérieur, et je construis l'appareil le plus solidement possible. On peut compter trouver un bon point d'appui dans les dents sur lesquelles l'appareil est fixé. Seulement une fois, la patiente avait cassé une ailette inférieure, et, par une négligence coupable, n'était pas revenue faire faire la réparation nécessaire. Il se développa dans ce cas une périostite chronique indolore de l'autre côté et l'enflure engagea la malade à revenir me trouver. Après quinze jours de repos, je replaçai l'appareil et pus arriver sans encombre au résultat cherché.

» Vous voyez par là que l'appareil a un certain travail à effectuer et qu'il a besoin de pouvoir opposer une certaine résistance. De ce qui précède aussi on peut voir que le malade n'est pas soumis à un contrôle trop répété, ce qui est très agréable, d'autant plus que, dans mon procédé, je suis d'avis qu'on fasse porter l'appareil au moins six mois. »

---

## LA NÉCROSE PHOSPHORÉE

Par M. W. Kelsey, de Marseille.

Bien que le phosphore soit connu depuis longtemps en toxicologie, son action sur l'organisme humain par absorption lente de ses vapeurs n'a été observée qu'en 1839.

Ce furent Lorinser et Heyfelder qui, les premiers, attiraient l'attention publique sur la nécrose phosphorée vers 1845.

Cette affection ne se rencontre guère que chez les ouvriers des manufactures d'allumettes et peut se manifester quelques mois après l'entrée à l'atelier, voire même plusieurs années après la sortie de l'usine (Riedel).

En 1872 Wegner[1] fit part de ses expériences sur des animaux, auxquels il avait administré des doses de phosphore de plus en plus fortes pendant une période indéterminée, s'attachant surtout à l'étude de l'effet du toxique sur les ma-

1. *Der Einfluss des Phosphors auf den Organismus.*

xillaires. Les os déformés, les parties molles tuméfiées étaient immobilisés par un trismus persistant et ces manifestations étaient encore plus visibles lorsqu'il y avait de la carie dentaire. Puisque tels étaient les effets sur les animaux, on supposa qu'il en serait de même chez l'homme et l'on fut donc amené à croire que les nécroses, si fréquemment observées chez les personnes en contact avec les émanations du phosphore, étaient dues à l'absorption lente et prolongée du poison.

De là plusieurs théories. D'après Lorinser[1], la nécrose des mâchoires n'est pas un mal local, mais le simple reflet d'une affection générale causée par le phosphore. Strohl[2] expose la théorie suivante en 1845 : « La salive imprégnée de vapeurs phosphorées pénètre dans les interstices des dents jusqu'à la gencive et le périoste des mâchoires. »

Magitot[3] soutient que « les détritus alimentaires, les mucosités contenues dans une dent atteinte de carie au 4e degré servent de véhicule aux agents phosphorés qui suivent cette voie pour atteindre le périoste, causant la périostite alvéolaire, accident initial constant de la nécrose ».

Arnaud[4] dit que la nécrose phosphorée est le résultat d'une ostéo-myélite infectieuse des maxillaires dont la porte d'entrée la plus commune se trouve au niveau d'une affection alvéolo-dentaire ou causée par une opération sur les dents. Cette ostéo-myélite serait favorisée par l'action locale et générale du phosphore sur la nutrition des éléments osseux des maxillaires et se développerait exclusivement chez les sujets en état de réceptivité par le fait de tares pathologiques antérieures ou acquises et spécialement de lésions rénales produites, ou seulement aggravées par le phosphorisme professionnel. On sait que ce qui caractérise le phosphorisme est la modification fonctionnelle de presque tous les organes. Les voies respiratoires sont dans un état

1. *Medicinische Jahrbücher*, Vienne, 1845.
2. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1845.
3. *De la nécrose phosphorée*, 1888.
4. *Étude sur le phosphore et le phosphorisme.*

d'irritation constante, les fonctions digestives sont modifiées, le système nerveux déprimé, les reins sécrètent une quantité anormale d'urine imprégnée d'un excès d'urée et d'albumine avec traces d'acide phosphorique; le malade est presque toujours anémié, il y a souvent otite et ophtalmie. Enfin, les exhalaisons du corps ont une odeur alliacée caractéristique. Ajoutez à cette liste l'hygiène la plus primitive et vous rencontrez presque toujours la carie dentaire aggravée par l'acide phosphorique respiré et l'acidité fréquente de la salive. De la carie simple du 2° degré à la pulpite et à la putréfaction des éléments constitutifs de l'organe il n'y a qu'un pas, puis vient la nécrose avec toutes ses conséquences. Une obturation en temps opportun eût enrayé le mal. La maladie déclarée, l'extraction n'arrêtera ni la marche ni la douleur, les gencives s'enflamment, les glandes salivaires sécrètent abondamment et des fistules à pus fétide s'ouvrent dans toute la région. La bronchite, l'albuminurie et le marasme peuvent se succéder à court intervalle ou bien les germes, étant transportés aux poumons et à l'estomac, occasionneront une pneumonie infectieuse.

Parfois l'encéphale est atteint, d'où méningite cérébro-spinale et mort certaine. Constatée, la maladie est dangereuse, la mortalité atteignant 5, 10, 20 0/0, et même 50 0/0 quand les deux maxillaires sont pris. Le processus de réparation est beaucoup moins rapide que dans la nécrose ordinaire, dont elle suit pourtant le cours normal.

Le traitement médical préconisé est le régime lacté pour augmenter l'élimination rénale, le grand air pour faciliter l'oxydation des particules de phosphore existant dans l'organisme ; le bicarbonate de soude pour combattre l'acidité de la salive. On recommandera l'iodure de potassium et la térébenthine aussi à cause de son action antiphosphorique reconnue, mais mal définie. Le traitement chirurgical implique quelquefois des opérations importantes produisant des difformités que la prothèse est impuissante à corriger.

Il semble y avoir divergence de vues quant à l'intervention chez un individu déjà intoxiqué par crainte d'ouvrir

une porte à l'infection microbienne et provoquer ainsi l'affection qu'on a voulu éviter. Les soins locaux seront surtout expectatifs, le diagnostic ne pouvant être affirmatif qu'après l'apparition du séquestre.

Des gargarismes antiseptiques et des injections d'eau phéniquée, d'eau boriquée, de naphtol B. 0 gr. 25 pour 1000 ou de permanganate de potasse 5 gr. pour 1000, 10 gouttes dans un verre, trouveront ici leur emploi tout indiqué.

Le Dr Vallin dit[1] : « Toute intervention doit être évitée ou remise jusqu'à ce que des conditions hygiéniques suffisantes et une absence prolongée de l'usine auront permis au poison de s'éliminer. »

Si la nécrose ne peut exister sans infection, il est évident qu'une dentition parfaite sera une garantie d'immunité. Avec des dents cariées la nécrose est toujours à redouter lorsqu'on emploie le phosphore à l'état naturel. Ce danger pourra être réduit au minimum ou même totalement évité par une hygiène sévère, par la ventilation et des visites obligatoires et régulières à la clinique, ainsi qu'une inspection préliminaire à l'entrée dans la fabrique. La mise en état de la bouche impliquera le nettoyage minutieux des dents, la suppression de toute cause d'irritation (arêtes trop vives, racines) et l'obturation de toutes les dents cariées. Recommander aussi le brossage méthodique et régulier des dents avec une poudre dentifrice, suivi de gargarismes antiseptiques de la bouche après chaque repas.

Je terminerai en citant ces quelques mots de M. Courtois-Suffit[2] : « La visite obligatoire a fait disparaître entièrement le mal chimique de l'usine de Pantin. » Ceci correspond de très près à ma propre expérience à la fabrique de Marseille, ou, pendant les trois dernières années, il n'y eut qu'un cas de nécrose confirmée, consécutif à l'avulsion, avant l'adoption du phosphore amorphe, d'une prémolaire inférieure gauche.

---

1. *Bulletin de l'Académie de médecine.*
2. *La Presse médicale*, mai 1899.

La thérapeutique semble avoir échoué jusqu'à ce jour dans sa lutte contre le phosphorisme ; aussi s'est-on surtout attaché à l'étude de la prophylaxie la plus rationnelle, savoir d'abord le remplacement du phosphore blanc par le phosphore rouge, ou sesqui-sulfure de phosphore, la manipulation de la pâte dans des machines à compartiments fermés, où les vapeurs ne peuvent causer aucun danger, de sorte que nous pouvons prédire que la nécrose phosphorée ne sera bientôt plus connue que de ceux qui s'adonnent à l'étude historique et qui se plaisent à comparer les théories d'antan avec celles du jour.

---

## RÉPARATION IMMÉDIATE DES DENTS A PIVOT MONTÉES SUR MÉTAL SANS ENLÈVEMENT DU PIVOT

Par M. L. Seigle, de Bordeaux.

Notre confrère, après avoir rappelé les difficultés qui résultent de la fracture d'une dent en porcelaine contreplaquée et montée sur pivot, déclare qu'il faut prévoir la réparation possible lorsqu'on construit une dent à pivot.

A cet effet, il soude un talon d'or aussi élevé qu'il est possible sur la plaque qui coiffe la racine et relie la dent au pivot. La dent vient-elle ensuite à se briser, à l'aide de fraises ou de meules montées sur le tour, il résèque la contreplaque et les crampons de platine de la dent cassée et ne laisse subsister que le talon en or, auquel il donne ensuite une forme carrée. Autour de cette forme il ajuste une bande d'or à 22 carats, dont les extrémités seront reliées par la soudure à la contreplaque de la nouvelle dent préalablement ajustée.

La bande d'or et la dent placées dans la bouche sont ensuite fixées au talon à l'aide de ciment liquide.

Ces dents sont contre-indiquées dans tous les cas d'articulation basse. (*Voir planche*, fig. 3.)

P. Martinier.

*(A suivre.)*

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 9 juin 1903.*

Présidence de M. Choquet.

La séance est ouverte à 9 heures.

*Le secrétaire général* lit une lettre d'excuses de M. Richard-Chauvin : la malade, porteur d'un appareil à pont, que M. Chauvin devait présenter, est empêchée de venir au dernier moment.

L'adoption des procès-verbaux est reportée à la prochaine séance.

*M. de Croës*, qui devait faire une importante communication sur les anomalies de forme et de dimensions des mâchoires dans leurs rapports avec l'esthétique faciale, cède son tour de parole au professeur Cryer.

### L'Enseignement pratique de l'anatomie dans les Écoles dentaires, par le Dr Cryer, de Philadelphie (Extrait).

La longue et intéressante communication qui est publiée d'autre part (v. p. 17) n'est que le résumé de l'important travail que le professeur Cryer a lu au Congrès de Madrid.

*Le professeur Cryer* s'excuse de ne pouvoir donner lui-même lecture de sa communication et M. Mandon, secrétaire-traducteur à l'Ecole, se charge alors, avec beaucoup d'habileté d'ailleurs, de traduire, *ex abrupto*, le texte anglais de M. Cryer.

Après cette lecture, le *professeur Cryer* fait passer sous les yeux des membres de la Société toute une série de projections représentant un grand nombre de coupes faites sur des cadavres injectés d'après sa méthode et photographiées sans aucun artifice de préparation ; ces photographies font partie de la collection qui sert au professeur Cryer à enseigner l'anatomie aux élèves de l'Ecole dentaire de Philadelphie. Les explications de ces coupes photographiées sont longuement données par le professeur Cryer, dont les phrases sont traduites alternativement par MM. Choquet et Mandon. Chacun peut ainsi suivre les démonstrations du professeur Cryer, admirer la netteté des coupes reproduites par la photographie et apprécier la grande valeur de la méthode d'enseignement de l'anatomie présentée par le professeur américain.

Le *professeur Cryer* termine le défilé de ses photographies et achève ses démonstrations explicatives au bout d'une heure et demie, au milieu d'applaudissements répétés.

Il fait ensuite passer entre les mains des divers membres de la Société la plupart des pièces anatomiques qui ont servi à l'établissement des photographies. Le défilé de ces pièces humides n'obtient pas un moindre succès que celui des projections, et les remerciements unanimes que chacun adresse au professeur Cryer doivent lui prouver combien a été grand l'effet produit par ses démonstrations.

### Discussion.

*M. Choquet.* — La communication si intéressante du professeur Cryer nous montre la très grande place prise dans l'enseignement de l'anatomie dans certaines écoles américaines par les photographies des pièces anatomiques remplaçant les figures schématisées qui font la base de l'enseignement de l'anatomie dans les écoles et Facultés françaises. Je suis personnellement heureux de constater cette prépondérance des photographies, car, dans mon cours, j'ai supprimé les figures schématiques, qui me paraissent susceptibles de graver dans la mémoire des inexactitudes et je les ai remplacées par des photographies reproduisant exactement, sans aucun artifice, mes préparations histologiques et mes dissections.

Cette remarque faite, permettez-moi de remercier, au nom de la Société d'Odontologie, le professeur Cryer d'avoir bien voulu nous faire ici cette très intéressante communication. Je crois inutile de développer longuement l'expression de notre gratitude, car nos applaudissements répétés ont dû prouver au professeur Cryer la haute valeur que nous avions reconnue à son travail ; il m'est agréable de lui dire toute notre reconnaissance pour la peine qu'il a prise de venir parmi nous et de lui exprimer notre très vive sympathie. Nos remerciements s'adressent aussi à notre délégation à Madrid, puisque c'est elle qui a engagé le professeur Cryer à venir donner à la Société un résumé d'une communication qui avait obtenu, au Congrès espagnol, un si grand et si légitime succès.

*M. le D^r^ Friteau.* — Il est, dans la remarquable communication du professeur Cryer, quelques questions d'enseignement sur lesquelles, si j'ai bien compris tous les termes de notre distingué confrère, je suis en diversité d'opinion. Il me semble que le professeur Cryer demande que la dissection soit faite par des préparateurs spéciaux qui feraient les démonstrations sur leurs pièces disséquées. Si telle est l'opinion du professeur Cryer, telle n'est pas la mienne : la dissection est un exercice parfait, qui donne à la main de tout opérateur futur une habileté qu'aucun autre exercice n'est capable de mieux développer; supprimer à l'élève la dissection, c'est, à mon avis, le priver d'un

des meilleurs enseignements manuels qu'on puisse lui donner. Le dentiste a besoin, autant que le médecin, d'une grande habileté manuelle et la dissection par un préparateur donnerait, sur ce point au moins, de médiocres résultats.

Le professeur Cryer me semble remplacer les schémas par des photographies de coupes dans l'enseignement de l'anatomie. Cette manière de voir diffère totalement de ce qui se pratique dans les Universités françaises et je ne partage pas l'opinion de notre confrère américain. Lorsque j'avais l'honneur d'être le préparateur du professeur P. Poirier, j'ai fait, sous la direction de mon maître, des coupes sur des sujets congelés, et nous avons fait reproduire ces coupes, soit par la photographie, soit par des dessinateurs qui copiaient textuellement les divers aspects de la coupe. Les élèves et leurs maîtres, prosecteurs et aides d'anatomie, ne trouvèrent pas, dans ces coupes fidèlement reproduites et agrémentées de couleurs, d'éléments d'instruction suffisants, et mon maître revint aux coupes reproduites par les mêmes artistes, mais corrigées et retouchées de façon à mettre en lumière les points saillants de la préparation. C'est sur cette expérience, qui date de plus de dix années, que je base mon opinion et c'est elle qui m'autorise à dire que, entre les deux méthodes, celle de France qui donne la priorité de valeur pédagogique aux figures schématisées, celle du professeur Cryer qui donne la priorité aux coupes fidèlement reproduites par la photographie, je préfère la première. Il est bien entendu que je ne vise que l'enseignement de l'anatomie macroscopique ; pour ce qui est de l'histologie, je partage, presque sans restriction, l'opinion exprimée par mon ami Choquet.

*M. le Dr Roy.* — Je ne crois pas que le professeur Cryer ait dit, comme le craint M. Friteau, que l'étudiant en dentisterie avait besoin d'une habileté manuelle moins grande que l'étudiant en médecine ; je crois que le professeur Cryer a dit que l'étudiant en dentisterie avait d'autres moyens que la dissection pour développer son habileté manuelle. Cela est vrai et l'on pourrait peut-être diminuer les heures passées par nos élèves à la dissection en faisant disséquer leurs pièces anatomiques par des préparateurs spéciaux. Je tiens à féliciter le Docteur Cryer de sa très importante communication ; l'effet qu'elle produit ce soir n'est pas moindre que celui produit à Madrid ; c'est une question d'enseignement qui nous intéresse au plus haut point et nous puiserons dans le travail de notre distingué confrère de très utiles conseils pour l'éducation anatomique de nos élèves. En ce qui concerne la question de la priorité à donner aux photographies de coupes sur les figures schématiques, je partage l'opinion du Dr Friteau et je pense que les photographies de coupes ne doivent être qu'un accessoire, les figures schématiques formant la base fondamentale de l'enseigne-

ment de l'anatomie. Les schémas mettent l'élève en présence des principaux éléments qu'il doit connaître : on lui montrera les coupes plus tard lorsqu'il aura acquis assez de connaissances pour se démêler au milieu des difficultés que présente une coupe anatomique.

*M. le Docteur Cryer* s'excuse de ne pouvoir répondre aux objections de MM. Roy et Friteau ; leurs paroles lui ont été incomplètement traduites. Il leur répondra par la voie de la presse, lorsque *L'Odontologie* lui aura apporté leurs paroles. Il remercie la Société de l'accueil qu'il a reçu et il conservera de cette soirée un parfait souvenir.

*M. Choquet* adresse de nouveaux remerciements au professeur Cryer, dont le travail est un des plus importants de ceux qui ont été présentés cette année à la Société d'Odontologie.

*M. Martinier* dépose, sur le bureau de la Société, le premier volume de son *Manuel de prothèse*, 2e édition, et il en fait don à la Bibliothèque de l'Ecole.

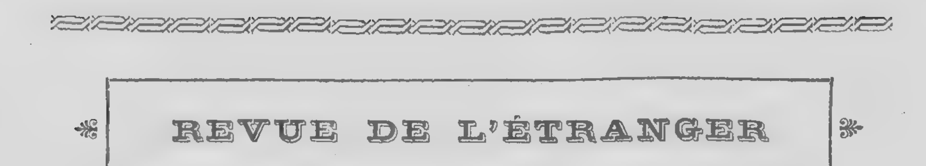
*M. le président* remercie M. Martinier de ce don; le succès de cette nouvelle édition devra dépasser celui de la 1re édition.

*M. le président*, étant donné l'heure avancée, propose de remettre à une prochaine séance la lecture des autres communications.

Cette proposition est adoptée, et, sur l'invitation du secrétaire général, il est décidé qu'une séance supplémentaire aura lieu le 23 juin à l'heure habituelle.

La séance est levée à 11 heures.

*Le Secrétaire général,*
Dr FRITEAU.




# INSTRUCTION TECHNIQUE DES ÉTUDIANTS EN DENTISTERIE

Par S.-H. Guilford, D.D.S., PH.D., de Philadelphie [1].

Monsieur le président et messieurs les membres de la Société dentaire américaine d'Europe,

Quand, il y a un an, je consentais à faire quatre mille lieues pour me trouver avec vous et lire un rapport à votre société, il me semblait que ce long voyage serait la partie principale de l'entreprise dans laquelle je m'étais engagé.

Cependant, quand vint le moment de décider le sujet qui devait être traité dans ce rapport, je me trouvai dans un grand embarras.

Il me semblait qu'il serait aussi ridicule d'exposer les dernières idées pratiques en matière de couronnes, de bridges, d'orthodontie, de travaux de porcelaine que de vouloir apporter du charbon dans le comté de Newcastle, car, sur tous ces sujets, vous en savez autant que nous autres en Amérique.

Finalement il me vint à l'idée que comme vous êtes tous diplômés de quelque école dentaire américaine, le plupart depuis très longtemps, et comme vous vous souvenez des méthodes suivies alors, vous pourriez être intéressés si je vous exposais les changements qui se sont opérés dans le curriculum depuis l'époque où vous étiez étudiants et si je vous montrais combien ont été améliorées les méthodes par lesquelles nous transformons des jeunes gens inhabiles en diplômés habiles et sûrs.

Quelques-uns d'entre vous ont peut-être connu le temps où ceux qui entraient dans une école dentaire sortaient du cabinet ou du laboratoire d'un praticien-instructeur où on leur avait appris à faire suivant certaines méthodes des travaux artificiels, où ils avaient aussi peut-être un peu opéré et lu en partie une ou deux vieilles éditions des manuels d'école de cet instructeur. Ils arrivaient souvent avec la persuasion qu'ils en savaient très long, tout en admettant cependant qu'ils avaient encore quelque chose à apprendre. Ce qu'ils avaient

1. Communication faite à la Société dentaire américaine d'Europe dans sa session d'août 1902 à Stockholm.

appris et ce dont ils étaient fiers bien souvent était suivant d'antiques méthodes en vogue au temps des débuts de ce précepteur. Les méthodes de l'école dentaire s'étaient modifiées avec le temps et étaient devenues tout à fait modernes.

Pour apprendre ces méthodes plus nouvelles, l'étudiant devait oublier ce qu'on lui avait précédemment enseigné, ce qui augmentait les difficultés. Quant aux professeurs de l'école, c'était pour eux un fâcheux contre-temps, car il y avait presque autant de méthodes différentes pour faire les choses que d'étudiants, les cabinets dont ils sortaient avant chacun leurs méthodes propres.

Aujourd'hui, comme vous le savez, tout cela est presque entièrement changé et il est probable qu'il n'y a pas le quart d'entre vous qui aient été élèves ou apprentis dans un cabinet dentaire.

De nos jours les professeurs préfèrent prendre la matière première et la façonner d'après leur propre méthode. Cela leur rend la besogne plus facile et plus agréable et les résultats plus uniformes et plus satisfaisants.

Mais, pour faire cela et pour le faire convenablement, il a fallu augmenter l'outillage de l'école et le temps consacré à l'enseignement, mais cela est peu de chose quand le but est atteint. Si la vieille méthode de l'enseignement privé est tombée complètement en désuétude, il ne faut pas pour cela omettre d'en montrer un des avantages que l'on ne retrouve plus.

Autrefois quand un jeune homme cherchait une position dans un cabinet dentaire comme « élève ou étudiant », il n'était accepté que lorsque le futur précepteur s'était assuré que le jeune homme avait certaines qualités naturelles, telles que du goût « mécanique » ou de l'adresse qui lui permettraient de devenir un élève habile et finalement un bôn dentiste.

Même une fois qu'on l'avait accepté, l'élève n'était dans sa place qu'à titre d'essai, car s'il arrivait qu'on s'aperçût qu'il n'avait pas de dispositions pour la profession, on le congédiait pour céder sa place à un autre. De cette façon la « matière » se trouvait avoir été bien examinée et ceux-là seuls qui avaient donné une preuve réelle de leur aptitude pour la profession pouvaient entrer à l'école.

C'est pourquoi il y a trente ans et même encore vingt le diplômé de l'école devenait un bon praticien, réussissant malgré les méthodes tout à fait inférieures suivant lesquelles on l'avait instruit.

Le dentiste continuait de se perfectionner à sa sortie de l'école, ayant en lui ces qualités naturelles qui font un bon dentiste. Les hommes de ce temps sont maintenant parmi les meilleurs professeurs et praticiens d'aujourd'hui.

Dans le nouvel ordre de choses, nous ne connaissons pas les capacités de ceux qui désirent entrer à l'école, et tous sont également

admis à la condition qu'ils aient eu une éducation libérale générale permettant d'y ajouter les études techniques.

Une fois qu'on les a admis, il n'y a pas moyen de les renvoyer quand bien même on constaterait qu'ils sont lents d'esprit ou gauches, car le professeur et l'élève gardent tous deux de l'espoir jusqu'à la fin des études.

On est tout surpris de constater ce qu'on peut arriver à faire avec des élèves ayant des aptitudes tout à fait inégales avec les méthodes systématiques d'enseignement d'aujourd'hui.

Afin que l'enseignement puisse être uniforme et qu'on puisse grouper convenablement les étudiants de première année, tous doivent faire les mêmes études préliminaires, qu'ils aient travaillé précédemment dans un cabinet dentaire ou non.

L'ex-professeur Leidy, réputé dans le monde entier comme anatomiste, avait l'habitude de dire à ses élèves à la première séance qu'il était persuadé qu'ils ne savaient pas un mot d'anatomie et que par conséquent il la reprendrait tout entière.

C'est là un bon système qui donne de bons résultats.

Une fois que l'élève est muni de toute la série d'instruments nécessaires, on lui en apprend le nom et l'usage, ensuite on lui montre à s'en servir.

Dans quelques écoles la première chose qu'on fait est de prendre un morceau de fer forgé percé de trois trous ronds, de le fixer dans un étau, de montrer à l'élève la position qu'il doit prendre et enfin de lui enseigner les différentes manières de limer.

Quand on lui a appris à manier convenablement la lime plate de façon à pouvoir obtenir des surfaces unies aux extrémités, sur les côtés et sur les faces du morceau, on lui apprend à manier les limes rondes, carrées ou à trois faces pour transformer les trois trous en un seul ayant soit une forme conique, soit une forme carrée avec les côtés parallèles, soit une forme triangulaire.

Dans chacun de ces trous, il doit ajuster une cheville de fer faite d'un clou ordinaire. Chaque cheville doit s'adapter parfaitement avec exactitude, la précision étant le but à atteindre. Il se peut que l'élève ait à recommencer plus d'une fois cette opération avant d'obtenir des résultats satisfaisants.

L'exercice suivant est naturellement plus difficile et consiste à limer de façon à obtenir une forme en creux déterminée, telle qu'un trèfle, un fer de lance dans une plaque métallique d'épaisseur plutôt faible et ensuite à façonner d'autres pièces métalliques de façon à ce qu'elles s'adaptent parfaitement dans ces ouvertures.

Il est difficile d'obtenir une adaptation parfaite en tous les points quand il y a ainsi beaucoup de surfaces différentes à recouvrir.

Le but de tout cela est d'apprendre à l'élève à manier conve-

nablement les instruments usuels, pour exercer sa main et son œil, et pour le rendre soigneux et précis dans l'exécution des travaux.

On en voit les résultats plus tard quand l'étudiant doit limer et ajuster des plaques métalliques, ajuster des revêtements et des supports sur les plaques et les dents et adapter des clamps avec précision.

Ensuite on lui apprend à connaître les différentes sortes de dents naturelles et leur forme.

Il doit pouvoir nommer dans une grande quantité de dents naturelles celles que montre le professeur et réciproquement montrer celles que nomme ce dernier.

Il continue cette sorte d'étude jusqu'à ce qu'il soit entièrement familier avec l'anatomie générale externe des trente-deux dents. Ensuite vient l'étude de l'anatomie interne de la dent. On fixe une dent de chaque catégorie à une pièce de bois et on la place dans un étau. Avec une grosse lime un peu comme une râpe l'étudiant lime la dent jusqu'à ce qu'il atteigne le milieu de la pulpe et du canal. De plus, il y pratique une section mésio-distale, une linguo-labiale et dans quelques cas il est nécessaire de faire des sections transversales. De cette façon il apprend à bien connaître la grandeur et la place de la cavité de la pulpe et des canaux des différentes dents, ainsi que l'épaisseur relative de la dentine, du cément et de l'émail, aux différents points.

Afin de mieux fixer tout cela dans son esprit, des dessins des différentes sections sont reproduits dans un livre à l'aide d'un registre à recopier.

Ensuite afin de montrer la précision de sa connaissance de l'anatomie de la dent, on lui demande de faire le dessin à main levée de plusieurs dents, dessin agrandi, mais convenablement proportionné et ombré.

Tout ce qui précède constitue en quelque sorte le travail analytique ; vient maintenant la partie synthétique ou constructive. On lui apprend à modeler certaines dents en plâtre, argile ou savon sur une grande échelle et à reproduire sur ces dents tous les traits anatomiques les plus fins qu'il trouve dans les dents naturelles qui lui servent de modèles.

Parmi les travaux techniques préliminaires il doit aussi savoir reproduire des dents de grandeur naturelle en os ou en ivoire.

Pour cela ses outils sont limités à dessein. Avec une scie de bijoutier, une lime et un burin, l'étudiant qui a bien profité de l'enseignement précédent et qui a un certain goût artistique, si faible soit-il, taillera en peu de temps une dent dans un informe bloc d'ivoire qui devra être une reproduction aussi exacte qu'il est possible de la dent naturelle placée devant lui.

Il ne devra employer ni compas ni calibre pour obtenir la proportion, son œil devant être son seul guide comme pour les artistes.

Ensuite il doit modeler ou tailler des couronnes en plâtre, grossies plusieurs fois et y pratiquer des cavités suivant des règles déterminées. Elles doivent avoir des contours bien faits et une bonne forme, les parois doivent former l'angle exact, la profondeur doit être proportionnée à la largeur ou à la grandeur de la cavité, les ancres convenablement placées et les bords résistants et lisses.

Tout ceci est fait sur des modèles plus grands que nature, afin que les parties les plus effacées des travaux puissent être rendues plus évidentes et que le professeur puisse plus facilement montrer à l'élève les inexactitudes de ces travaux.

Une fois que l'étudiant est capable de préparer des cavités sur des modèles plus grands que nature, on lui fait répéter l'opération sur des dents en ivoire ou en os de grandeur naturelle ou à peu près.

On lui donne une série de dents artificielles qu'il monte sur un cadre de fer ayant la forme de l'arc de la mâchoire.

Dans celles-ci l'étudiant prépare des cavités destinées à être obturées.

Le cadre de fer peut être vissé au banc ou fixé à une barre de fer verticale formant un petit angle de façon à simuler la position de la mâchoire humaine quand le patient est dans le fauteuil.

Les cavités étant préparées, il en obture quelques-unes soit avec de l'argent, soit avec de l'or. Dans beaucoup d'écoles on se sert de dents naturelles pour apprendre à préparer les cavités et à les obturer, auquel cas on les fixe dans un bloc de plâtre, au lieu de les fixer sur un cadre.

Quelquefois on peut suivre avec profit les deux méthodes en même temps.

Lorsqu'on emploie le cadre, ce dernier a l'avantage de pouvoir servir à apprendre la manière de placer les petites serviettes, d'ajuster la digue de caoutchouc et les différents clamps ; et tout cela ne peut être montré que dans la pratique.

Finalement la dernière phase dans l'enseignement de la technique manuelle consiste à donner à l'étudiant des dents naturelles présentant de grandes cavités. On lui apprend à creuser une cavité située tout à fait à proximité de la pulpe, à soigner au moyen d'antiseptiques ce qui reste de dentine, à le recouvrir d'un corps non conducteur, tout cela sans compromettre l'organe.

Dans un autre cas la pulpe étant à nue, on la guérit et on la recouvre suivant plusieurs méthodes.

Dans un autre cas encore la cavité est assez grande pour comprendre la chambre de la pulpe, les débris de la pulpe et des canaux enlevés, le tout « stérilisé » et ensuite obturé avec les différentes substances qu'on emploie ordinairement. Les professeurs veillent sur chaque phase de l'opération et la dirigent. Une fois que l'étudiant sait

exécuter convenablement les différentes opérations qui viennent être décrites comme il aurait à le faire dans la pratique, on lui permet de se charger d'un patient au dispensaire, mais pas avant.

Tous les travaux dont je viens de parler sont, comme vous le voyez, purement techniques et tout, sauf le début, appartient à la branche manuelle. Dans quelques écoles on exécute tout ce qui vient d'être décrit pendant la première année ; dans d'autres on n'apprend à obturer et à soigner que dans la première partie de la seconde année (junior).

Tout ce que je viens de décrire ne suffit pas pour répondre aux exigences techniques de la première année. L'étudiant doit connaître aussi la prothèse. On enseigne la prothèse presque autant que la partie précédente et on y consacre à peu près le même temps.

L'étudiant apprend à prendre l'empreinte au plâtre et autres substances de la mâchoire naturelle et de la mâchoire « fantôme » et il le fait jusqu'à ce qu'il soit devenu suffisamment fort.

Ensuite viennent les différentes phases de la construction des dentiers de caoutchouc vulcanisé, de celluloïd, de métal fondu ou de métal estampé.

On apprend aussi à faire des réparations dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Pendant la deuxième année, l'élève fait des travaux plus difficiles. Ayant fait des progrès en prothèse pendant la première année, on lui permet de prendre des empreintes et de faire des dentiers pour les patients ; et étant devenu fort dans les travaux techniques de dentisterie opératoire, on lui permet d'exécuter sur des malades qui lui sont désignés les différentes opérations les plus simples de la pratique moderne.

Il prépare des cavités et les obture avec de l'argent ou d'autres substances, entreprend des aurifications faciles, nettoie ou arrache les dents et traite des cas pathologiques s'ils ne sont pas trop difficiles.

Il fait ce genre de travail plusieurs heures par jour pendant sa première année.

De même il est assez fort en prothèse et entreprend les travaux techniques de la construction de la couronne et du bridge.

Comme cela est difficile et très différent suivant les cas, il s'y exerce pendant des semaines de façon à en connaître tous les détails et à devenir très fort.

En même temps il commence la construction des appareils de redressement dans leur variété presque illimitée, se servant de dents naturelles ou en ivoire montées sur des formes en métal ou des modèles de plâtre.

Pendant la troisième année les cours sont moins nombreux que

dans la seconde, ce qui lui laisse plus de temps à consacrer à l'exercice de la dentisterie sur les patients. Ayant précédemment terminé l'étude des travaux techniques, excepté des couronnes de porcelaine et des obturations d'émail, il se trouve tout à fait préparé pour soigner les patients au dispensaire et non seulement fait les opérations qui occupent la plus grande partie du temps d'un praticien, mais encore construit des couronnes, des bridges, des appareils de redressement pour les malades qui en réclament.

Dans beaucoup d'écoles un certain temps est consacré chaque semaine pendant le premier demi-trimestre de la seconde année à l'enseignement de la technique des travaux d'inlays de porcelaine (autrement dit obturations de porcelaine), tandis que pendant la deuxième moitié du trimestre l'étudiant met en pratique les connaissances et l'adresse qu'il a acquises pendant la première moitié en construisant et adaptant des « inlays » pour les patients.

Comme vous le savez, les meilleurs échantillons des travaux de toutes sortes de l'étudiant sont présentés aux professeurs respectifs pour être jugés et notés après avoir été examinés par les démonstrateurs.

Au risque de vous avoir fatigué par tant de détails, j'aurai essayé de vous donner quelque idée du genre de travaux par lesquels nous modelons graduellement la matière première humaine en dentiste diplômé, de leur perfection et de leur caractère progressif.

Ce dentiste diplômé est prêt pour la clientèle et capable, nous en sommes persuadés, de soigner ses malades d'une manière habile, intelligente et satisfaisante.

Je n'ai pas parlé de l'enseignement didactique, du progrès fait dans les méthodes, de l'amélioration apportée dans les manuels. Tel n'était pas mon but, car le temps que j'ai à ma disposition se trouve, à mon avis, mieux employé aux différentes questions de l'éducation technique ou manuelle.

Nous, professeurs, nous pensons naturellement que nous avons aujourd'hui atteint un degré élevé de perfection dans l'enseignement des écoles dentaires, mais des améliorations doivent se faire dans l'avenir comme par le passé, et si elles se font aussi rapidement ou en aussi grand nombre, ni vous ni moi nous n'éprouverons plus aucune crainte en ce qui concerne l'avenir de l'étudiant en dentisterie.

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

**Très bon Cabinet dentaire,** situé sur les *grands boulevards, huit fenêtres de façade ;*
chiffre d'affaires 28.000, frais **généraux** 12.000. — Prix 30.000 fr. dont 15.000 *comp-*
1 *tant. — On possède les livres tenus à jour depuis 1882.* — Ecrire *par poste* aux ini-
tiales S. F. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**65-2**)

---

**OCCASION UNIQUE** pour DENTISTE POUVANT DISPOSER 1 OU 2 JOURS PAR SEMAINE,
*25 min. de la Gare Saint-Lazare.* Aff. 6.000 fr. la 1re année, loyer et Contrib. 430
2 fr. A VENDRE 2.500 fr. comptant, instal. Salon et Cabinet compris. S'adresser à
M. Fraenkel 38, Chaussée-d'Antin.
(**66-2**)

---

**A remettre de suite,** *pour cause de santé,* **EXCELLENT CABINET** situé dans
*grande ville du centre.* — Affaires 15 à 18.000 francs, peu de loyer, beau logement,
3 long bail. Peu de comptant; on laisserait le salon, le cabinet, l'atelier. —
Ecrire pour renseignements: Paradis, 73, rue des Poissonniers, Paris (18e arr).
(**67-1**)

---

**Jeune fille,** 22 ans, connaissant parfaitement la *comptabilité,* le **travail de por
celaine,** un peu *l'anglais,* désire **SITUATION chez dentiste.** Accepterait
4 **porcelaine à façon.** *Excellentes références.* Pourait au besoin tenir l'emploi de
Caissière. S'adresser 22, rue Montgolfier.
(**68-1**)

---

*PREMIER MÉCANICIEN,* 30 ans, *excellentes références,* bien au courant de tous
travaux de prothèse, cherche *place dans grande ville, de préférence port de mer.*
5 Serait libre dès le mois d'octobre. Ecrire *par poste* aux initiales B. P. Y., aux
soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**69-1**)

---

**Cabinet dentaire,** ayant 14 ans d'existence, à **VENDRE** 8.000 francs dans petite
ville *(Sous-préfecture),* clientèle de premier ordre, affaires faciles ; bail 3, 6, 9,
6 renouvelable. — Loyer 350 francs, impôts 70 francs. — Ecrire *par poste* aux
initiales D. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**70-1**)

---

**CHIRURGIEN-DENTISTE**, *diplômé de la Faculté de médecine et de l'Ecole den-*
7 *taire,* connaissant le **Cabinet**, demande place d'**Opérateur pour Paris seule-
ment.** *Bonnes références.* — Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de
M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**71-1**)

---

On demande un *OPÉRATEUR DIPLOMÉ* pour la *région du Nord. BONS APPOIN-*
8 *TEMENTS.* Ecrire *par poste* aux initiales B. N. L., aux soins de M. Papot,
45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**72-1**)

---

## Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

*La plupart du temps les confrères qui usent de nos* « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

*L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir* **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur,* sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



## LIVRES ET REVUES

*The histology and patho-histology of the teeth and associated parts, by Arthur Hopewel Smith.*

Les membres de notre profession qui s'intéressent aux questions de micrographie dentaire ont assurément plus d'une fois retenu le nom de Hopewel Smith, auteur des études très personnelles parues dans les revues anglaises et américaines et consacrées plus spécialement aux sujets d'histologie dentaire. Et, sans doute aussi, ils ont pu apprécier, comme nous-même, la valeur effective de son livre « Dental microscopy », guide pratique et précieux pour le jeune étudiant désireux de s'initier aux délicates manipulations que comportent les recherches microscopiques. Aujourd'hui M. Hopewel Smith livre au public un nouvel et important ouvrage « The histology and patho-histology of the teeth and associated parts » et nous sommes obligé de reconnaître qu'il constitue une des plus solides acquisitions, des plus luxueuses aussi, de notre littérature professionnelle.

Voici, certes, un témoignage probant à produire pour affirmer la haute différentiation où se trouve portée à l'heure actuelle la science odontologique. On est tenté d'accepter pour son propre compte la belle expression du professeur Bouchard et de dire, avec juste raison, qu'il est bon de vivre à l'heure où nous vivons lorsqu'on s'intéresse aux choses de l'Odontologie. N'est-il pas légitime d'éprouver une haute satisfaction dans l'exercice d'une profession dont les bases scientifiques, sur un seul point spécial, fournissent matière à d'aussi amples développements ?

Sans parler du mérite scientifique du livre qui, suivant l'expression de l'auteur, représente un effort ardent vers la connaissance intime de la vérité, nous avons une raison particulière de louer l'auteur. M. Hopewel Smith n'a pas voulu se borner uniquement à nous exposer les connaissances actuellement admises ou en discussion ; il s'est également gardé de nous soumettre la représentation schématique, plus ou moins exacte, des faits microscopiques et de nous imposer une interprétation qui pourrait ne pas être la nôtre. Il a simplement produit aux yeux du lecteur les faits eux-mêmes, dans leur vérité incontestée, offrant à chacun la liberté de les analyser, de les juger par lui-même. Bien plus, il convie le lecteur à être juge de son œuvre, à lui signaler ses erreurs. « The fallibility of him who now

enters upon his task must not be forgotten, and when errors have been committed they must be condoled. »

Pour nous présenter ces faits, M. Hopewel Smith a eu recours à la photomicrographie et les 493 figures qui illustrent et qui éclairent le livre ne sont, à l'exception de quelques figures empruntées, que des images photographiées.

Il ne serait peut-être pas inutile d'ajouter que ces images sont d'une grande netteté, d'une compréhension claire et facile, et n'ont rien de commun avec certaines photomicrographies où la réalité semble se cacher sous un voile impénétrable.

Qu'on le veuille ou non, l'usage de la photographie s'impose à qui veut aborder l'étude des questions micrographiques. Nul plus que le dentiste n'en éprouve le besoin.

Dans les grands laboratoires de recherches scientifiques comme le Collège de France, comme l'Institut Pasteur, les travaux se font en quelque sorte en commun. On y est guidé par des concours précieux, les faits d'observation sont soumis à l'appréciation des hommes d'une grande compétence. De plus, ils ont à leur disposition des dessinateurs de talent et d'expérience aptes à reproduire fidèlement l'image qui intéresse. Aussi peuvent-ils encore se passer du secours de la photographie. Et l'on comprend que Vignal dans ses études, faites au Collège de France, sur les microorganismes de la bouche n'en ait pas eu besoin. Les dessins si nombreux qu'il donne des micro-organismes trouvés et de leurs cultures sont d'une netteté et d'une vérité telles qu'ils ne laissent point d'incertitude quant à leur valeur objective.

Les dentistes, au contraire, travaillent presque sans exception dans des conditions opposées. Scientifiquement — ils sont rarement suffisamment armés ; matériellement ; — ils ne disposent pas toujours d'un laboratoire parfaitement organisé. Aussi ne peuvent-ils raisonnablement demander un crédit illimité. Et pour prouver un fait, il faut qu'ils le montrent par l'unique moyen à leur disposition — la reproduction photographique.

C'est bien là l'opinion de M. Hopewel Smith, puisque son livre en est une vivante expression.

Le nouveau livre de Hopewel Smith atteint le chiffre respectable de 630 pages. Il est divisé en trois grandes parties. La première est consacrée à l'histologie des dents et des parties adjacentes ; la deuxième s'occupe de l'histogénèse des dents chez les mammifères, les poissons et les reptiles ; la troisième étudie la patho-histologie des dents et des parties connexes. Enfin un chapitre sommaire de bactériologie buccale accompagne cette dernière partie.

Il me paraît superflu de donner ici une longue énumération des chapitres du livre. Toutes les questions touchant à l'histologie nor-

male ou morbide des dents y sont étudiées avec méthode, précision et un sens critique remarquable. On peut dire sans crainte d'exagération que l'ouvrage représente le dernier mot de nos connaissances sur la matière. Tout ce qui a paru en ces dernières années d'important ou de simplement intéressant sur les questions qui s'y rapportent a été mis à contribution. L'auteur a voulu ne rien laisser dans l'ombre et le moindre fait a été reproduit et consigné. Ceux d'entre nous qui n'ont pas eu l'occasion de lire dans leur texte certains travaux récents particulièrement remarqués par la profession, en trouveront dans ce livre un exposé et une critique judicieuse. Pour notre part, nous avons aimé revoir les belles photomicrographies de Williams que nous avons tant admirées dans ses études sur la pathologie de l'émail et sur le leptothrix racemosa ; celles du professeur Black sur la membrane alvéolo-dentaire ; celles de M. Broomel sur la structure du cément ; les dessins du professeur Retzius sur les terminaisons nerveuses de la pulpe ; ceux enfin du professeur Miller, dont le grand nom plane sur toutes les questions de la science dentaire.

Quant à la part personnelle de l'auteur, elle y est considérable : tout porte la marque de son esprit, l'empreinte de son expérience. Parmi les illustrations, trois cents lui sont personnelles et touchent à tous les chapitres du livre.

Avec de tels éléments le nouveau volume trouvera assurément un accueil aussi empressé que l'ouvrage précédent et, comme ce dernier, marchera rapidement vers sa troisième édition.

MENDEL-JOSEPH.

---

Dr CH. SABATIER. — *Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire.* Thèse de Lyon, 1903.

Après des considérations préliminaires sur le milieu buccal modifié selon le degré de virulence des microorganismes et les moyens de défense de l'individu, le Dr Sabatier aborde l'étude des septicémies bucco-dentaires chroniques : cachexie buccale de Chassaignac, cachexie dentaire de Lejars lorsque le malade se défend bien et que l'intoxication est relativement légère ; variété de l'infection putride de Richet, au contraire, lorsque les accidents deviennent plus considérables.

Des décharges de produits toxiques dans l'organisme se traduiront par des oscillations brusques de la température ; c'est là le propre de la fièvre hectique accompagnant la déchéance progressive de l'organisme tout entier.

Mais lorsque l'organisme réagit violemment contre l'infection, les phénomènes de réaction occupent toute la scène, frissons, fièvre élevée, état général grave.

Toutefois, dans ces septicémies aiguës, l'infection partie de la cavité buccale peut ne pas passer directement dans le torrent circulatoire et envahir seulement les organes de défense, c'est-à-dire les voies lymphatiques.

Ces septicémies aiguës lymphatiques présentent, d'après le Dr Sabatier, ces caractères particuliers de diffuser rapidement, de se mal localiser anatomiquement et enfin de ne posséder aucune fixité topographique par rapport à la bouche.

A ces septicémies lymphatiques doivent être opposées des septicémies phlébitiques. En ce cas l'infection empruntera la voie soit de la veine faciale, soit du plexus ptérygoïdien, soit encore dans certains cas, d'après Sebileau, celle des veines anastomotiques ptérygo-orbitaires. Le danger de ce processus phlébitique consiste dans le voisinage du cerveau et de l'œil.

Enfin, à côté des septicémies (causées par la pénétration dans le sang des toxines microbiennes), l'auteur étudie les pyohémies (dues à la pénétration dans le sang des microbes eux-mêmes). Ces pyohémies sont d'autant plus redoutables que les microbes de la bouche, fréquemment placés dans les conditions du vase clos de Dieulafoy, peuvent subir une singulière exaltation de virulence.

Au point de vue du traitement, le Dr Sabatier rejette l'extraction d'urgence de la dent ou des dents qui sont la cause de l'infection, considérant que ce serait là ouvrir une nouvelle porte à l'infection. Pour lui une intervention ne doit être faite qu'après des bains de bouche répétés destinés à modifier le milieu buccal et renouvelés plusieurs jours de suite.

Appuyé sur de nombreuses observations cliniques, le mémoire du Dr Sabatier constitue une mise au point de la question des septicémies d'origine dentaire et introduit un ordre précieux dans la division de ces diverses complications.

G. Lemerle.

---

*Vocabulario enciclopedico de odontologia.*

MM. Perez Cano et Garcia y Garcia, chirurgiens-dentistes, viennent de publier le tome 1er d'un vocabulaire encyclopédique d'odontologie. Ce volume va de la lettre A à la lettre L inclusivement. Tous les termes employés en odontologie y sont définis, ainsi que tous les termes médicaux se rapportant à cette science.

Les noms d'auteurs et de praticiens éminents y sont accompagnés d'une courte notice biographique.

Une abondante littérature espagnole et étrangère a été mise à contribution pour cet ouvrage, qui comprendra un deuxième tome.

Le premier volume contient 173 pages ; il est en vente au prix de 5 pesetas, 20, Paseo de San Vicente, Madrid.

*Annales de Merck*, 16e *année*, 1902.

M. E. Merck, de Darmstadt, a publié récemment le 16e volume annuel de ses annales, qui contient l'*exposé des acquisitions nouvelles dans le domaine de la pharmacothérapie et de la pharmacie.*

Ce volume, de 216 pages, fait avec le soin de ses devanciers, donne des renseignements intéressants sur les agents thérapeutiques d'un usage nouveau en art dentaire, tels que l'adrénaline, les glandes surrénales, la stypticine, etc.

C'est là un ouvrage de bibliothèque et que tout praticien peut consulter avec fruit dans sa pratique journalière.



# NÉCROLOGIE

## M. SCHWARTZ

Nous avons le regret d'apprendre tardivement la mort en Alsace d'un des doyens de notre profession, M. Schwartz, de Colmar, décédé le 4 mars dernier.

C'était un habitué de nos congrès et il aimait, lors de ces réunions professionnelles, venir se retremper au milieu de ses confrères français.

Nous adressons à sa veuve, à sa famille et à son frère, président de l'Association générale des dentiste du Sud-Est, nos vifs sentiments de condoléance.

E. P.

*Voir la suite page 72.*




## Légion d'honneur.

Parmi les nominations récemment faites dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous relevons les suivantes :

*Au grade de commandeur.*

M. le Dr Robin (Edouard-Charles-Albert), membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

*Au grade de chevalier.*

M. Ducuing (François), adjoint au maire du 8e arrondissement de la ville de Paris depuis 1889, membre du Conseil de surveillance du Mont de Piété de Paris depuis 1891, membre du Comité consultatif de la Préfecture de la Seine depuis 1896, 14 ans de services. Titres exceptionnels : services distingués dans l'exercice de ses fonctions.

M. le Dr Launois (Pierre-Emile), médecin des hôpitaux en 1895, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, interne des hôpitaux en 1876, préparateur à l'Ecole de médecine en 1883, lauréat de l'Académie de médecine, 27 ans de pratique médicale.

M. le Dr de Lavarenne (Edouard), médecin consultant à Luchon, médecin de l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon de 1890 à 1900, 24 ans de services.

Nous sommes tout particulièrement heureux de féliciter M. Launois, qui appartient à notre corps enseignant, et M. Ducuing, qui fait partie du Conseil judiciaire de notre société.

La Rédaction.

---

## Distinctions honorifiques.

*Officiers d'académie.*

MM. Bezançon (Fernand), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Gatineau, chirurgien-dentiste à Paris.

*Récompenses accordées pour services rendus à la mutualité.*

*Médaille d'argent.* — Dr Camille Pinet, médecin de Sociétés de secours mutuels, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

*Médailles de bronze.* — Bruel, Guillot, Paulme, Ronnet, Stévenin, chirurgiens-dentistes de Sociétés de secours mutuels.

Nous adressons nos félicitations à nos distingués confrères et plus particulièrement à MM. Bezançon, Pinet, Ronnet, Paulme et Stévenin, qui appartiennent au corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris

La Rédaction.

---

## Mérite agricole.

Nous apprenons que, le 21 juin dernier, à la distribution solennelle des récompenses de l'Association polytechnique, sous la présidence de M. Maruéjouls, ministre des Travaux publics, notre confrère Victor Conte, qui depuis dix ans fait à cette Association des cours de chimie agricole, a reçu la croix de chevalier du Mérite agricole.

Nous lui adressons nos sincères félicitations.

M. le Dr Chompret vient aussi d'être promu chevalier du Mérite agricole.

Nous sommes heureux de l'en féliciter.

E. P.

---

## Conseil supérieur de la mutualité.

La commission chargée de dépouiller le scrutin du 5 juillet pour l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels (mutualité) s'est réunie le 18 juillet au Ministère de l'Intérieur.

Cette Commission était composée de MM. Philippeau et Depasse, représentant le Syndicat des médecins de la Seine, et de MM. Godon, Papot et Lemerle, représentant l'Association générale des dentistes de France.

Sur 105 votants M. le Dr Gayral en a obtenu 84.

Nous avons eu le regret de constater que la plupart des syndicats dentaires de province s'étaient abstenus de faire acte de vitalité en ne prenant pas part à cette élection, d'autant que M. le Dr Gayral, patronné par la F. D. N., s'est mis à la disposition de nos sociétés pour soutenir le cas échéant, leurs revendications.

E. P.

---

### Syndicat des chirurgiens-dentistes.

M. Bonnard, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, a demandé au Parquet de faire une enquête sur certaines pratiques du Louvre-Dentaire, 73, rue de Rivoli. M. Bonnard dénonçait cet établissement comme employant, pour des opérations, des personnes non diplômées.

A la suite de cette plainte, le Parquet a chargé M. le juge Berr d'ouvrir une instruction, et hier, sur mandat du juge, M. Blot, sous-chef de la Sûreté, a fait une descente de police au Louvre-Dentaire et a fait des constatations qui ont prouvé le bien-fondé de la plainte portée par M. Bonnard. Des employés non diplômés étaient occupés à des opérations, et d'autre part on anesthésiait des clients hors de la présence d'un médecin. La présence d'un médecin est cependant obligatoire en pareil cas, en vertu de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892.

M. Blot a dressé procès-verbal et l'a transmis au juge d'instruction.

(*L'Eclair du 9 juillet.*)

Notre confrère *L'Eclair*, comme la plupart de nos confrères de la grande presse, commet une erreur : pour administrer une anesthésie, il faut un médecin *ou* un chirurgien-dentiste. E. P.

---

### Réunions américaines.

L'Association nationale des Facultés dentaires tiendra une réunion à Asheville (Caroline du Nord), le 24 juillet, en même temps que l'Association nationale des examinateurs dentaires et l'Association dentaire nationale.

---

### 3e Congrès tchèque.

Les chirurgiens-dentistes tchèques tiendront leur 3e Congrès à Prague (Bohême) les 6, 7 et 8 septembre prochain.

Il y sera fait des communications orales et des démonstrations pratiques.

---

### Université d'Inspruck.

Il est question de créer à l'Université d'Insprück (Tyrol) une chaire autonome de dentisterie avec une clinique.

---

### Cours de perfectionnement.

Des cours de perfectionnement pour les chirurgiens-dentistes de la Prusse rhénane ont eu lieu cette année pour la première fois à l'Université de Bonn. Ces cours comprenaient des conférences et des démonstrations.

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

## IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

**A. Mellottée,** imprimeur de *L'Odontologie,* à Chateauroux.
**J. Fanguet, Georges Clotte, successeur,** fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à Paris.

## MATIÈRES OBTURATRICES.

***Email Plastique.*** **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, Paris.
*Amalgame Fellowship.*
*L'Or Universel.*
*Ciment Vilcox.* } Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

## OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

**L. Deglain,** 88 et 92, quai Jemmapes, Paris.

## PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

***Anestile.*** **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, Paris.
*Anesthésique local du Dr R. B. Waite.*
*Somnoforme.* } Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

## PRODUITS PHARMACEUTIQUES

*Formyl-Géranium.*
*Obtunda,* insensibilisation de la dentine.
*Renalia,* adrénaline.
*Xyléna.* Liquide antiseptique. } Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

## PROTHÈSE A FAÇON.

**Lalement et Coutif,** 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
**Charles Mille,** 15, rue du Four, Paris-6e.
**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

## RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

**Syndicat Français,** 131, boulevard de Sébastopol, Paris.

23e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1903 VOL. XXX




*L'Odontologie* **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

## Travaux Originaux

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANOMALIES DE DIMENSIONS ET DE FORMES DES MAXILLAIRES DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ESTHÉTIQUE FACIALE

Par M. J. de CROES,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

*Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 23 juin 1903.*

Cette étude, déjà faite pour les anomalies d'articulation par *Calvin S. Case* et *Kritchevsky,* ne l'a pas encore été, autant que nous le sachions, pour les anomalies de dimensions et de formes des maxillaires.

Le champ qui s'ouvre devant nous est donc vaste et encore vierge ; aussi, n'espérons-nous pas traiter ce sujet d'une façon complète, mais nous serons heureux si, seulement, nous arrivons à en indiquer les grandes lignes et à intéresser suffisamment nos confrères pour qu'ils nous suivent dans cette voie.

Les anomalies des maxillaires ne tiennent jusqu'ici dans nos ouvrages dentaires, que des portions très restreintes de texte, au chapitre anomalies des différents auteurs, Magi-

tot, Dubois, Godon, Martinier, et peuvent se résumer en cette simple division « Atrésie-Diastolie ».

Cette division nous indique seulement qu'un maxillaire est trop étroit ou trop large, suivant qu'il présente l'une ou l'autre de ces anomalies, et c'est tout. Ce tout ne nous a pas semblé suffisant, non par esprit de complication, mais esprit d'explication. En effet, c'est peu, si l'on considère les changements considérables apportés dans l'esthétique de la face, par ces différences de dimensions et de formes, car ces variations anormales ont des retentissements qui ne s'étendent pas seulement aux maxillaires, mais aussi aux os voisins qui contribuent à la formation de la charpente faciale. Comme de l'étude des anomalies découle l'étude de leur réduction, il est nécessaire de savoir que le redressement d'une irrégularité du maxillaire peut provoquer un changement dans l'esthétique faciale du sujet sur lequel porte ce redressement.

L'orthodontiste doit donc savoir qu'en élargissant ou en diminuant un maxillaire à tel ou tel point de sa courbure il ne corrige pas toujours seulement une anomalie, mais qu'il peut corriger aussi une malformation faciale, de même qu'il peut déformer l'esthétique de la face du patient en corrigeant une déformation du maxillaire dont l'anomalie s'harmonise avec cette esthétique.

La tâche que doit s'imposer le dentiste, dans ces corrections de formes ou de dimensions des arcades, n'est donc pas seulement cette correction elle-même, mais la recherche de l'harmonie entre la face et l'architecture buccale ; c'est-à-dire qu'il devra chercher à mettre en rapport, autant qu'il est possible, les dimensions des maxillaires avec la dimension et la forme de la figure du patient, lorsqu'il y a inharmonie seulement, car il ne faut pas oublier qu'il y a des architectures squelettiques anormales qui sont belles et qu'on ne saurait changer sans détruire le type initial, c'est-à-dire la beauté.

Cette étude nous amènera donc à décrire :

A. Les anomalies de dimensions et de formes des maxillaires par rapport à un maxillaire normal.

B. Les différentes formes d'architecture faciales, par rapport à un type normal.

C. Les rapports existant entre les maxillaires et la face.

D. Les cas d'intervention et de non-intervention de l'orthodontiste.

E. Les conclusions.

A. *Anomalies des maxillaires par rapport à un type normal.* — Nous ne parlerons, dans cette communication, que des variations de formes du maxillaire supérieur, car, ne nous occupant pas des anomalies d'articulation, nous supposerons toujours que cette dernière est normale et que par conséquent le maxillaire inférieur est en rapport de forme avec le supérieur. (Les pièces ayant servi à faire ce travail ont été choisies parmi des anomalies ayant des articulations normales.)

Pour décrire les variations anormales d'un maxillaire, il est nécessaire, d'abord, de définir un type normal.

Cette définition semble difficile et l'est en effet : comment décrire théoriquement un maxillaire normal ?

Après bien des tentatives, voici le moyen auquel nous nous sommes arrêté.

Nous avons cherché une certaine quantité de sujets ayant des maxillaires supérieurs dont la forme et la dimension nous semblèrent normales. De ces maxillaires nous prîmes l'empreinte, puis la photographie — vue palatine — de ces empreintes ; dans ces photographies nous fîmes le tracé suivant :

Une ligne AB passant entre les incisives centrales et se prolongeant indéfiniment en arrière, dans la direction de la suture palatine.

Une ligne CD allant d'une pointe de canine à l'autre ; des points C et B sont tirées :

1° Les lignes CH et DI perpendiculaires à la ligne CD;

2° Les obliques CC' et DD' qui vont de la pointe des canines au centre des molaires de 12 ans, EE' et se prolongent indéfiniment.

Puis une ligne GJ venant fermer le rectangle C D H I.

Une fois ce tracé terminé, nous vîmes que pour qu'un maxillaire soit normal il faut qu'il réunisse les trois conditions suivantes:

1° Que la ligne CD soit égale aux lignes CE et DE', c'est-à-dire que la largeur entre les canines soit égale à celle qui existe entre la canine et le centre de la dent de 12 ans;

2° Que le maxillaire au niveau des deuxièmes grosses molaires soit plus large qu'entre les canines, des largeurs GH et IJ, c'est-à-dire d'une largeur égale à l'épaisseur de la dent de 12 ans, prise au niveau du point E, dans son diamètre transversal;

3° Enfin que si l'on trace une circonférence passant par les points de canines C D et ayant pour centre le point F, c'est-à-dire le centre du rectangle C D H I, l'arc C D de cette circonférence passe exactement sur l'arc de cercle formé par la courbe des incisives et des canines et que la flèche K L soit égale à la flèche M N.

Nous ne prétendons pas bien entendu une exactitude parfaite et tout maxillaire ne s'écartant que légèrement de ces données pourra quand même être considéré comme maxillaire normal quant à sa forme.

Quant aux dimensions normales, la définition est encore plus difficile; pourtant, par rapport à la définition normale de la face donnée par Jean Cousin, la largeur du maxillaire prise entre les centres des dents de 12 ans doit être contenue environ deux fois et demie entre la largeur inférieure de la face, c'est-à-dire celle prise au niveau de la partie inférieure des oreilles; mais nous en reparlerons plus longuement, quand nous en serons à l'étude des rapports existant entre la face et les maxillaires. Par rapport à un maxillaire normal, les anomalies qui frappent les maxillaires sont de deux ordres :

*a*) Celle qui diminue ou semble diminuer leur dimension (l'atrésie des auteurs).

*b*) Celle qui au contraire l'augmente ou semble l'augmenter (diastolie des auteurs). Ces augmentations ou ces diminutions ne portent pas toujours sur la totalité de l'ar-

cade, mais le plus souvent en un point bilatéral seulement; aussi divisons-nous les anomalies des maxillaires en

| | |
|---|---|
| *a*. Anomalies de diminution. | 1° de dimension;<br>2° par déformation. |
| *b*. Anomalies d'augmentation. | 1° de dimension;<br>2° par déformation. |

*a*) *Anomalies de diminution.* — Ces anomalies ont été jusqu'ici nommées à tort atrésies puisque le mot atrésie signifie : fermeture ou imperforation d'un canal naturel. Cette expression n'est donc pas propre à désigner le rétrécissement de l'arcade dentaire; elle pourrait s'appliquer aux lèvres, au pharynx, à l'œsophage, mais ne peut s'appliquer aux arcades, car ces dernières ne forment pas un orifice; c'est donc une erreur néologique que nous proposons de rectifier et de remplacer par le terme diminution, qui, lui, implique bien la diminution d'un diamètre, celui de l'arcade maxillaire.

Nous avons vu que l'anomalie de diminution des maxillaires se présente de deux façons distinctes : 1° celle qui porte sur sa dimension ; 2° celle qui porte sur sa forme.

1° *Diminution de dimension.* — La diminution de dimension est celle qui porte également sur la totalité de l'arcade et qui, tout en diminuant son diamètre, lui conserve sa forme normale. L'anomalie n'existe donc que par le rapport de dimension existant entre la largeur faciale et la largeur du maxillaire. Ces cas sont fréquents et la cause étiologique provient toujours du nanisme des dents; mais, la plupart du temps, ils passent inaperçus du dentiste, qui n'examine presque jamais les rapports de la face et du maxillaire.

2° *Diminution par déformation.* — Nous avons dit tout à l'heure, pour décrire les anomalies de diminution en général, que ce sont celles qui diminuent ou semblent diminuer le maxillaire.

En effet si, dans les diminutions de dimensions, l'arcade alvéolaire est réellement réduite, dans la diminution par déformation, elle paraît seulement être diminuée, car, la

diminution ne portant que sur son diamètre jugal, il n'y a que resserrement des branches de l'arcade et ce que ce maxillaire perd en largeur, il le regagne en longueur. En effet, dans ces diminutions, si le maxillaire est très étroit, il est en compensation très profond, c'est-à-dire que son diamètre labio-palatin gagne aux dépens du diamètre jugal ; donc il n'y a pas diminution réelle, mais diminution apparente.

Ce resserrement de l'arcade peut porter sur des points différents ; aussi, suivant le point de diminution, divisons-nous les déformations de la façon suivante :

1° Déformation antérieure ;

2° Déformation latérale.

*La diminution par déformation antérieure* présente un resserrement anormal de la ligne passant par les canines, par rapport à l'écartement des molaires entre elles, et si l'on fait dans ce type le tracé que nous avons indiqué pour le maxillaire normal, nous voyons que le rectangle prend la forme trapézoïde et diminue dans la direction AB, que l'arc CD passe en dedans de la ligne des incisives et que les écartements CH et JI sont moins larges que le diamètre transverse de la molaire de 12 ans. L'arcade maxillaire dans cette anomalie prend l'aspect général d'un V ou d'un bec de poisson.

Cette forme, comme on peut le voir par ces différentes figures (2, 3, 4), peut être plus ou moins accentuée, unilatérale ou bi-latérale.

*La diminution provoquée par la déformation latérale* est le resserrement qui porte sur les branches de l'arcade maxillaire, dans la partie comprise entre les canines et les deuxièmes grosses molaires ou les dents de sagesse ; cette partie de l'arcade comprise entre ces dents, au lieu de se courber en dehors, s'incurve plus ou moins fortement en dedans, les canines sont saillantes en avant, les dents antérieures présentent une courbe normale. Les molaires au contraire sont en retrait et, si le sujet qui possède cette anomalie rit, il semble que ses molaires manquent totalement.

Ce type anormal donne aux maxillaires la forme générale d'une lyre.

Ces anomalies peuvent être, comme l'indiquent les figures 5 et 6, bi-latérales ou unilatérales.

2° *Anomalies d'augmentation.* — Ce type anormal est désigné sous le nom de diastolie ; comme pour le terme atrésie, nous nous élevons contre cette dénomination, car diastolie signifie distension, mais distension momentanée ; c'est ainsi qu'un corps peut avoir des mouvements de distension, c'est-à-dire de dilatation et ce n'est pas le cas pour le maxillaire. De plus, ayant abandonné complètement le terme d'atrésie comme absolument impropre, il ne nous est pas possible d'accepter celui de diastolie, qui ne serait pas en harmonie avec le mot diminution que nous préconisons à la place d'atrésie.

Les anomalies d'augmentation, comme les autres, se subdivisent, comme nous l'avons vu, en augmentation par déformation.

*L'augmentation de dimension* est, en un mot, l'augmentation vraie, car la courbure du maxillaire est normale en tant que forme, mais trop grande par rapport aux dimensions de la face.

Cette augmentation peut être due à deux causes :

1° Au géantisme des dents ;

2° Au géantisme de la masse alvéolaire.

Dans le premier cas, les dents trop larges et trop serrées ont tendance à s'écarter en éventail et présentent un léger prognathisme de leur couronne, qui ne se trouve plus être exactement dans leur plan vertical.

Dans le second cas, au contraire, les dents sont normales et c'est le procès alvéolaire qui semble hypertrophié ; dans certains cas même, les dents paraissent trop étroites et sont légèrement écartées les unes des autres.

*Augmentation par déformation.* — Comme pour la diminution, l'augmentation est irréelle et la déformation seule fait croire à l'augmentation. De même que l'anomalie par diminution, elle se divise en :

1° Déformation antérieure ;

2° Déformation latérale.

*Dans la déformation antérieure*, l'élargissement se produit entre les canines, par écrasement en arrière des insicives, sur le même plan et la même ligne que les cuspides.

L'écartement des branches est à peine plus grand au niveau des molaires qu'à celui des canines, ce qui donne à cette irrégularité la forme d'un rectangle légèrement ouvert.

*Dans la déformation latérale*, le maxillaire présente, dans l'ensemble, la forme d'un cerceau ouvert et l'augmentation porte sur la portion des branches comprises entre les canines et les deuxièmes grosses molaires.

Comme pour les autres anomalies, l'augmentation peut atteindre un seul côté ou, au contraire, être bilatérale.

B. *Différentes formes d'architectures faciales par rapport au type normal.* — Après avoir étudié les diverses formes anormales que peuvent prendre les maxillaires par rapport à une arcade normale, nous passerons en revue les principaux types que peut prendre la face humaine par rapport au type normal.

Comme nous avons décrit un maxillaire régulier, nous tâcherons de décrire les proportions d'un visage normal.

Depuis les temps les plus reculés, les artistes ont cherché à décrire les rapports du corps et principalement de la face humaine. Des flots d'encre ont coulé pour tâcher de résoudre ce problème, mais hélas ! sans résultat complet.

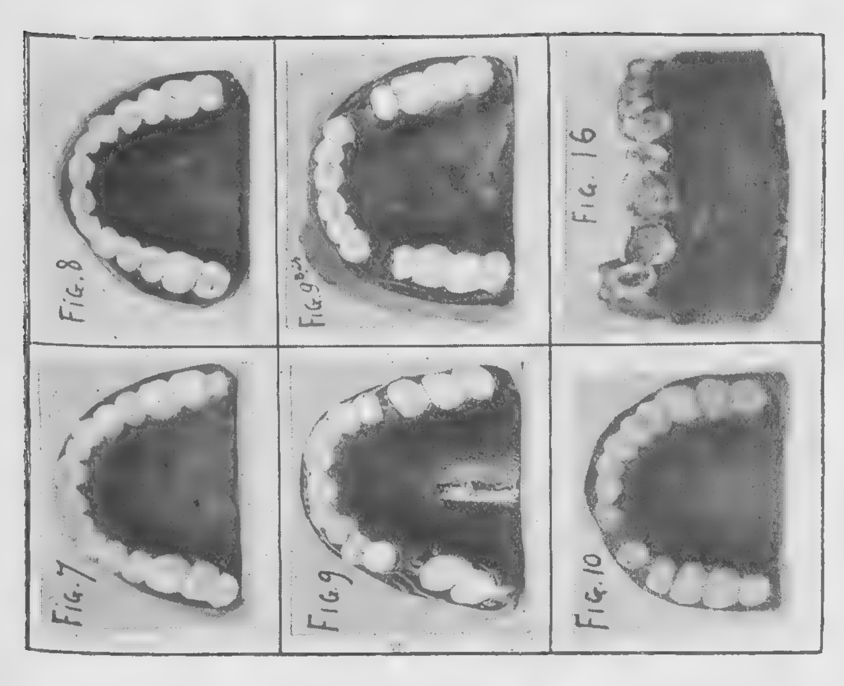
Pourtant, nous allons, d'une façon aussi restreinte qu'il est possible, dire ce qui a été fait à ce sujet.

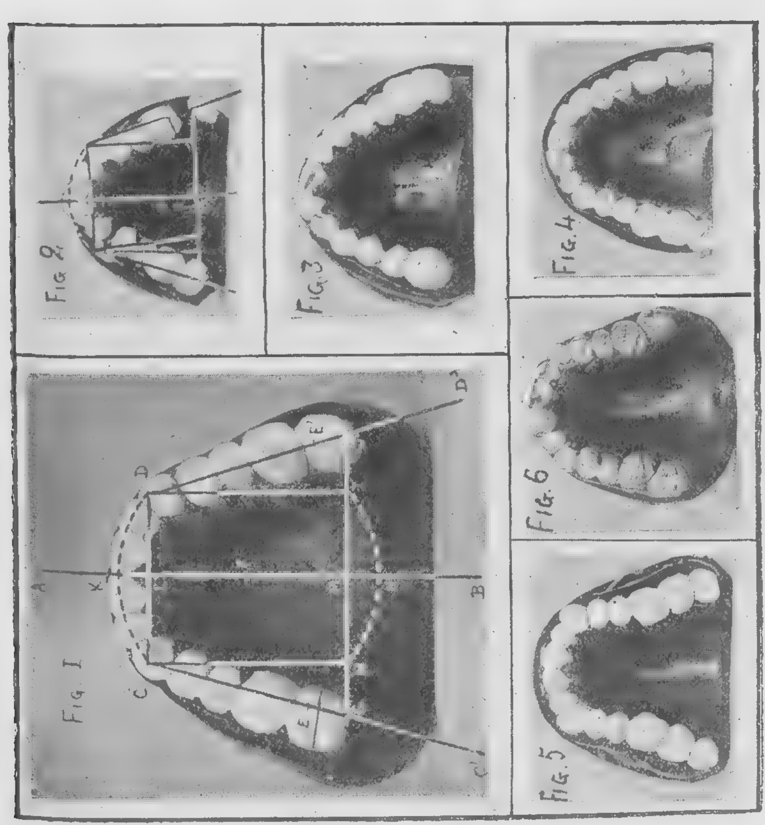
C'est à Jean Cousin que sont dus le travail le plus important et les conclusions les plus nettes, toujours enseignées dans nos écoles de dessin.

Voici ce que nous lisons dans son ouvrage intitulé : « *Livre de pourtraicture* » paru vers 1537, au chapitre *Constitution de la tête* (vue de face).

1° La tête humaine est de forme ovoïde ; la grosse extrémité est la partie supérieure ;

Planche I.


Fig. 8
Fig. 9 bis
Fig. 16
Fig. 7
Fig. 9
Fig. 10


Fig. 2
Fig. 3
Fig. 4
Fig. 1
A
K
B
C
D
E
E'
C'
D'
Fig. 6
Fig. 5

2° Elle se divise en quatre parties égales dans sa hauteur.

La première partie, en partant du haut du crâne, se trouve limitée en bas par la racine des cheveux (pour plus d'exactitude lire : en haut des bosses frontales).

La deuxième partie, de la racine des cheveux (bosse frontale) à la ligne des yeux.

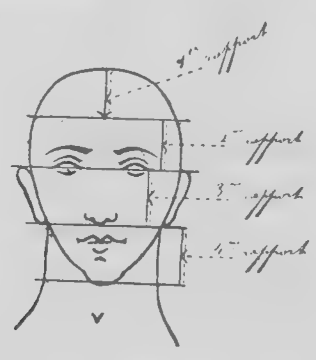


Fig. 11.

La troisième partie, de la ligne des yeux à la base du nez.

La quatrième partie, de la base du nez à l'extrémité du menton.

De même, la largeur de la face serait d'une oreille à l'autre de trois rapports à la partie supérieure et de deux rapports un quart à la partie inférieure.

D'autres peintres, artistes, anatomistes, ont cherché aussi à établir ces rapports ; ce sont :

Lomazzo au XVe siècle, élève de Léonard de Vinci.

Gérard Audran, au XVIIe siècle, qui s'occupe de mensurer les antiques, mais ces derniers n'ont aucun rapport avec la nature.

Gerdy, professeur d'anatomie, a publié en 1829 un ouvrage sur les rapports du corps humain, dans lequel il ne fait en somme que compléter les travaux de Jean Cousin.

Enfin Camper s'occupe des mesures de l'angle facial, lequel dans la race blanche serait de 70 à 80°, de 60 à 70° dans la race nègre et seulement de 30° chez le gorille.

Quant à l'Appollon du Belvedère, il présente un angle facial supérieur à 90°.

En somme, si nous résumons tous ces travaux, nous voyons qu'une tête normale doit présenter, vue de face, la forme ovoïde ; que dans sa hauteur, elle doit se diviser en quatre parties égales : crâne, front, nez, menton ; que sa largeur entre les oreilles doit être égale à trois rapports, à leur partie supérieure et deux rapports un quart à leur partie inférieure, enfin que l'angle facial varie entre 70 et 80°. Malheureusement pour nous, ces cas normaux sont rares, mais heureusement pour l'esthétique humaine, les variations de ce type ne cèdent souvent en rien, comme beauté, aux types normaux.

Vouloir décrire toutes les formes anormales harmonieuses et inharmonieuses serait impossible ; nous nous contenterons de présenter ici les schémas des quatre types principaux de déformation de l'ovale décrit par Cousin.

Les deux premières déformations que nous voyons présentent, la première, un écrasement total en largeur de l'ovale, produisant une élongation de la hauteur (fig. 12).

La deuxième paraît avoir subi un écrasement total de haut en bas, amenant une augmentation de largeur et une diminution de hauteur (fig. 13).

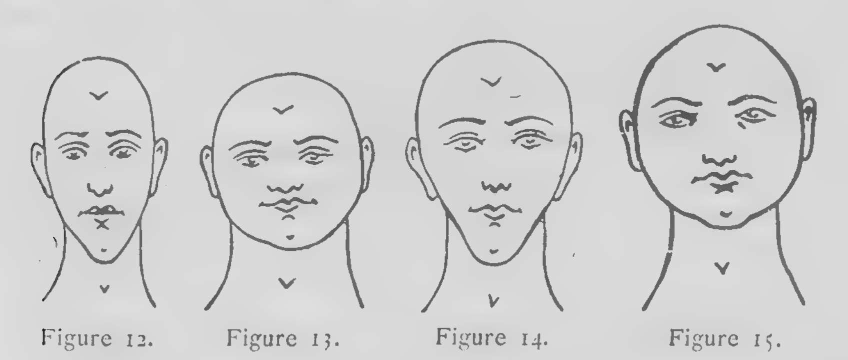


Figure 12. Figure 13. Figure 14. Figure 15.

Les autres déformations, partielles, découlent des deux premières, il y a diminution en largeur, en un point seulement, compensé par un élargissement au point opposé (fig. 14 et 15).

On voit donc par ces schémas qu'il semble y avoir toujours compensation et qu'une face, tout comme un maxil-

laire, gagne dans un sens ce qu'elle perd dans l'autre.

Ces élargissements et ces rétrécissements ne portent pas toujours au même plan le profil de la face : tantôt ils portent sur tout le côté, tantôt seulement sur la partie antérieure ou postérieure du profil, c'est-à-dire qu'ils peuvent frapper, soit au niveau des dents antérieures, soit au niveau des dents postérieures. Toutes les formes de visages gravitent autour de ces types.

C. *Des rapports entre les maxillaires et la face.* — Après avoir passé en revue les diverses formes normales et anormales des maxillaires et de la face, nous allons chercher à établir les rapports qui existent entre eux.

D'une façon générale les anomalies des maxillaires sont en rapport, pour la plupart des cas, avec le type facial auquel elles appartiennent, c'est-à-dire qu'avec des faces étroites se trouvent des maxillaires étroits et avec des faces larges des maxillaires larges. Ce sont en quelque sorte des rapports normaux entre les types anormaux ; mais il n'en est pas toujours ainsi et quelquefois on remarque des maxillaires étroits pour des faces très larges et *vice versa*. On peut dire qu'il y a entre les différents types faciaux et maxillaires des cas proportionnés et des cas non proportionnés. Approximativement, la largeur d'un maxillaire prise de centre à centre de dent de 12 ans doit normalement être contenue environ deux fois et demie dans la largeur inférieure de la face, c'est-à-dire entre les oreilles à leur partie inférieure (pour plus d'exactitude 2,05 à 2,07) dans les cas proportionnés ; mais dans les cas non proportionnés, les anomalies entre le visage et les maxillaires ne sont pas du même ordre : c'est ainsi que les dimensions de l'arcade, dans les cas de diminution de cette dernière, peuvent être contenus de 2,09 à 3,02.

Dans les cas d'augmentation, au contraire, elles ne sont plus contenues que de 2 à 1,07 dans la largeur de la face. Mais ces distances peuvent encore changer suivant l'endroit où elles sont prises sur le maxillaire : elles augmentent ou elles diminuent suivant qu'elles sont mesurées plus

ou moins près du point où s'accentue l'anomalie. Il semblerait donc nécessaire, *a priori*, de faire un tableau des proportions normales pour la dimension de l'écartement entre deux dents homologues, si l'on voulait obtenir théoriquement la preuve d'anomalie ; mais cela est inutile pour les anomalies de déformation, puisque la dite déformation seule suffit pour la démontrer.

Quant aux anomalies de dimension, puisque la forme de l'arcade, malgré sa différence de grandeur, reste normale comme courbure, il suffit d'une seule mesure pour la définir.

Les anomalies de forme de l'arcade maxillaire ne se bornent pas à la simple déformation de l'arcade ; ces déformations entraînent toujours avec elles d'autres déformations qui produisent les variations de l'architecture squelettique de la face tout entière. Ces retentissements portent :

1° Sur la voûte palatine ;

2° Sur la hauteur du bord alvéolaire.

1° *Sur la voûte palatine.* — C'est elle qui subit la première le contre-coup des déformations de l'arcade, elle s'approfondit lorsque les arcades se resserrent ; au contraire, elle devient plane ou presque plane, lorsque les arcades s'écartent; elles semblent suivre les phénomènes de tension ou de distension proportionnée à l'écartement du maxillaire supérieur.

Du reste, cette propriété que possède la voûte palatine de s'abaisser ou de s'élever, suivant qu'on écarte ou qu'on resserre l'arcade dentaire dans son diamètre transversal, nous permet de dire, pour prendre date, que nous utilisons ce moyen pour augmenter la respiration nasale, lorsqu'il y a insuffisance causée par de la diminution, par déformation, du maxillaire supérieur ; mais ce travail, encore incomplet, vous sera présenté dans une prochaine communication.

2° *Sur la hauteur du corps alvéolaire.* — La hauteur des alvéoles se ressent de ces variations et elles semblent vouloir gagner en hauteur ce qu'elles perdent en épaisseur ; plus un maxillaire est étroit, plus le corps alvéolaire est dé-

veloppé, plus le maxillaire est large, plus la hauteur alvéolaire est diminuée. Ces deux retentissements ont pour conséquence des changements assez considérables dans les rapports en hauteur de la face.

Ces changements sont produits soit :

1° Par l'élévation ou l'abaissement du plancher nasal suivant que le palais est plus ou moins creux ;

2° Soit par l'abaissement ou l'élévation du plancher sinusien suivant que le corps alvéolaire est plus ou moins haut et suivant le sexe (d'après Reischreiter) ;

3° Soit par la différence de longueur du nez suivant la hauteur de la voûte palatine ;

4° Enfin soit par l'augmentation ou la diminution de hauteur du quatrième rapport de la face, c'est-à-dire de la distance comprise entre la base du nez et le menton, suivant la hauteur de la voûte palatine et la hauteur du procès alvéolaire.

En un mot, pour résumer ces conséquences, nous dirons que dans le cas de diminution de longueur des arcades maxillaires, le quatrième rapport de la face (rapport du menton) est plus grand que les autres, c'est-à-dire que l'élongation de la face est due à l'exagération de hauteur, entre le nez et le menton, par rapport aux autres proportions ; tandis qu'au contraire dans les cas d'augmentation le quatrième rapport est trop petit quand on le compare aux autres, et que l'écrasement de la tête dans le sens de la hauteur semble être suivi d'un écrasement de la voûte palatine, ainsi que d'une diminution de hauteur du corps alvéolaire.

D'où suit la diminution de hauteur de ce quatrième rapport.

Ces différences de formes de la base du visage liées aux anomalies du maxillaire supérieur peuvent être étudiées à l'infini ; mais, pour raccourcir cette communication déjà très longue, contentons-nous d'indiquer les plus importantes, celles surtout où le dentiste peut intervenir au point de vue de l'orthodontie.

D. *Cas d'intervention et de non-intervention de l'or-*

*thodontiste.* — Nous avons vu que la face présente, comme les maxillaires, de la diminution ou de l'augmentation de son diamètre transversal, que ces variations peuvent porter sur l'ensemble ou sur une partie de la largeur de l'ovale; nous avons vu aussi qu'il en est de même pour les maxillaires. De cet ensemble de faits, nous pouvons déduire que les rapports entre la face et le maxillaire peuvent être :

1° Pour un type de face normale.......... { égaux ou inégaux.

2° Pour un type de face anormale........ { égaux ou inégaux.

La tâche de l'orthodontiste étant de ramener l'égalité des rapports de la face chez les patients, il devra donc étudier l'état de ces rapports entre eux et n'y remédier que lorsqu'il y a inharmonie de l'ensemble facial, due à une défectuosité de l'arcade.

D'une façon générale, dans un type normal, comme dans un type anormal, il ne devra intervenir que lorsqu'il y a inégalité dans les rapports de la face, soit en largeur, soit en hauteur. Il devra chercher à augmenter ou à diminuer la hauteur du menton au nez, si celle-ci est trop longue ou trop courte ; élargir les maxillaires s'ils sont trop étroits ; les rétrécir s'ils sont au contraire trop larges, soit sur leur totalité, soit seulement au point où porte la déformation ; il devra prévoir les conséquences de ces élargissements et de ces écartements :

1° Sur l'élargissement de la face;

2° Sur l'augmentation de hauteur du quatrième rapport.

En effet, il ne faut pas oublier que le corps du maxillaire ne peut se réduire ou s'augmenter dans son volume ; les variations d'élargissement que provoquent les appareils de redressement n'arrivent pas à ce résultat; ces appareils ne font qu'en modeler la forme et la dimension, ce qui pour ces raisons, quand on l'élargit dans un sens l'augmente forcément dans l'autre. Il ne faut pas oublier non plus que

si sa malléabilité et la science du dentiste lui donnent la forme la plus propre à l'esthétique, il ne faut pas dépasser le but, et pour lui enlever une déformation à la face, en donner une autre dans un autre sens.

En effet, chaque fois qu'on élargit un maxillaire, on diminue la hauteur du quatrième rapport, car on provoque en même temps qu'un élargissement un écrasement de haut en bas de la hauteur alvéolaire.

De même qu'en resserrant une arcade, on amène au contraire une augmentation de hauteur du corps alvéolaire. Ces phénomènes de compensation permettent donc au dentiste de diminuer ou d'augmenter la dimension du nez au menton lorsque ce rapport n'est pas égal aux autres. Ce fait que nous avançons, nous pouvons le prouver de la façon suivante : ayant écarté d'un côté seulement un maxillaire présentant de la diminution bilatérale, le côté redressé avait diminué de hauteur.

Ce fait probant, associé à bien d'autres, nous permet de dire qu'il est facile au dentiste de diminuer ou d'augmenter la longueur inférieure de la face, en augmentant ou en diminuant le diamètre des arcades.

E. *Conclusions.* — L'orthodontiste doit donc posséder une éducation artistisque suffisante pour juger de l'harmonie ou de l'inharmonie des rapports du sujet présentant des anomalies du maxillaire, c'est-à-dire :

1° Ne réduire complètement les anomalies de formes que lorsqu'elles déforment l'architecture faciale ;

2° Réduire suffisamment seulement pour ne pas détruire les rapports faciaux, si ceux-ci ne sont pas atteints.

Ce travail a pour but de montrer au dentiste ce qu'il peut produire dans l'esthétique du visage, soit en l'améliorant, s'il sait employer judicieusement les moyens que l'orthodontie met à sa disposition, soit au contraire en le déformant, si son éducation artistique n'est pas suffisante.

Cette communication n'est que le commencement de travaux ayant le même but et que nous apporterons suc-

cessivement ici, si cette première partie vous a intéressés.

Avant de terminer, si ce n'est pas trop abuser de votre temps, nous allons faire passer devant vos yeux une série de photographies prises sur des sujets présentant les diverses déformations faciales dues aux anomalies de l'arcade maxillaire que nous avons décrites.

# LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

*Compte rendu de la Section d'Odontologie.*

## Les Communications *(Suite).*

## LES INDICATIONS EN ART DENTAIRE

Par le Dr Rodolphe Weiser, de Vienne.

Après une courte revue sur le développement de la dentisterie, l'auteur constate en particulier que depuis dix ans la question des indications en matière d'extraction s'est notablement modifiée. Le traitement antiseptique de la pulpe, la méthode de Schreier, celle de Callahan, le traitement opératoire des abcès aigus et chroniques, des fistules par la méthode de Witzel ont considérablement limité les indications de l'extraction.

L'auteur croit qu'on ne doit recourir que très modérément à l'extraction de la 1re grosse molaire. Il ne reste donc que quelques cas où cette opération est incontestablement indiquée ; il les énumère.

L'anesthésie générale voit, comme l'extraction, son champ d'indications se limiter en art dentaire, d'autant que l'anesthésie locale lui fait une concurrence heureuse.

La réimplantation et l'implantation ont également un domaine d'indications qui se rétrécit de plus en plus ; l'auteur l'examine. Il examine aussi les cas dans lesquels le traitement opératoire radical des maladies chroniques dans le voisinage de l'apex est indiqué.

Le choix de la méthode d'obturation des dents cariées éveille le plus vif intérêt. Jenkins a établi la formule la plus large des obturations de porcelaine en disant qu'elles sont indiquées partout où les aurifications sont elles-mêmes contre-indiquées. L'auteur passe en revue les contre-indications des unes et des autres, qu'elles soient dictées par des considérations physiologiques, pathologiques ou mêmes sociales.

Il aborde alors le terrain de la prothèse et s'occupe d'abord des couronnes, qui sont indiquées partout où l'esthétique, la

mastication, la conservation de l'articulation normale et de l'architecture de l'arcade maxillaire l'exigent. Ce qui est compliqué, c'est l'indication du choix du genre de couronne. L'auteur examine donc les diverses espèces de couronnes.

En matière de bridge-work il est absolument nécessaire de s'en tenir rigoureusement aux indications, par exemple de ne prendre comme points d'appui que des dents et des racines parfaitement saines ou guéries. Par contre, on serait coupable de ne pas recourir au bridge-work quand il est indiqué. Le moment propice joue un grand rôle à cet égard.

Les indications en orthodontie sont relativement moins nettes, car c'est là un chapitre nouveau de la dentisterie.

L'expérience prouve que l'opinion d'après laquelle les redressements ne doivent être entrepris que chez les adolescents est fausse. Pour le redressement immédiat l'auteur n'a trouvé jusqu'à présent que des indications d'ordre social (manque de temps, départ, indigence, etc).

M. Weiser pense avoir réussi à donner une idée de l'importance des indications. Jamais, suivant lui, le choix de la méthode ne doit être une affaire de mode ou être opéré d'après un modèle ; il s'agit dans chaque cas particulier de se résoudre par les procédés de la critique.

---

## CONSIDÉRATIONS SUR LES TRAVAUX A PONT EN GÉNÉRAL

Par M. L. Subirana, de Madrid.

### *Résumé.*

Le pont est une superficie triturante soutenue par deux ou plusieurs points d'appui. Il peut être fixe ou amovible ; le premier est plus fort, le second plus hygiénique.

Les points d'appui sont les dents ou racines convenablement traitées mécaniquement et thérapeutiquement, auxquelles on ajuste des couronnes ou des pivots. Les gencives ne leur prêtent aucun appui.

---

1. V. *L'Odontologie* des 15 mai, 30 mai, 15 juin, 30 juin et 15 juillet 1903.

Les ponts ont leurs avantages : leur fixité et l'absence de palais — et leurs inconvénients : les maladies qui peuvent affecter les dents servant de point d'appui, et la difficulté d'obtenir une bonne hygiène de l'appareil fixe.

Le succès des appareils à pont ne dépend pas exclusivement de leur solidité, ni de l'habileté et du goût artistique de leur construction. Il ne suffit pas d'être bon mécanicien ; il faut aussi avoir des connaissances cliniques pour reconnaître leur opportunité.




L'auteur croit qu'il n'est ni honorable ni scientifique de mettre un pont entre 15 et 20 ans, lorsque l'évolution des maxillaires et des dents n'est pas complète, non plus que de le mettre quand les facultés physiques et mentales commencent à décliner.

Pour fixer un pont il faut donc se renseigner sur l'âge et surtout sur les points d'appui. Ne pas oublier que les dents ou leurs racines qui supportent un pont fournissent plus de force ou de pression qu'elles ne doivent en avoir natu-

rellement, et il est clair que plus elles soutiennent de dents et plus la surface masticatoire est étendue, plus le travail auquel elles sont obligées est grand.

Une force supérieure imposée à une dent peut la déloger de son siège ; il peut se développer aussi des processus morbides, une périodontite, des résorptions alvéolaires avec leurs conséquences. Les conditions anatomiques peuvent influer sur le bon ou le mauvais résultat d'un pont.

Une série de considérations doivent entrer en ligne de compte pour l'adoption d'un pont; l'auteur les passe en revue. Il énumère successivement cinq types de ponts, qu'il décrit en y ajoutant des réflexions. Son travail n'est pas accompagné de conclusions.

---

## LES STOMATITES MERCURIELLES

Par M. L. Subirana, de Madrid.

### *Résumé.*

La stomatite mercurielle se rencontre non seulement chez les individus qui suivent un traitement mercuriel, les syphilitiques par exemple, mais encore chez tous les ouvriers qui manipulent le mercure.

Toutefois la syphilis étant l'affection qui en est la cause la plus indirecte, il convient que le dentiste connaisse le mécanisme de l'infection syphilitique, ses symptômes et ses divers traitements.

Jusqu'à ces derniers temps on croyait que le mercure seul était cause des phénomènes morbides de la gingivite mercurielle. Mais il n'en est pas ainsi. Le mercure introduit dans l'organisme s'élimine en grande quantité par les glandes bucco-salivaires, modifie le milieu buccal, altère la composition chimique de la salive, irrite la muqueuse, affaiblit l'action défensive des leucocytes, et met la cavité en général dans un état de réceptivité morbide, et les symptômes précurseurs qu'on a crus provenir de l'action toxique du mercure éliminé ne sont pas autre chose qu'une infection

septique plus ou moins intense, suivant l'état général et la bouche du sujet.

L'absence de cette stomatite chez les vieillards, chez les enfants sans dents et chez les individus qui observent une hygiène buccale scrupuleuse peut corrober cette idée.

Le mercure est donc seulement un agent provocateur de la stomatite, mais non l'agent directement pathogène; celui-ci se trouve seulement et exclusivement dans le polymicrobisme buccal et par conséquent la maladie n'est infectieuse que quand elle est d'origine septique.

Pour cette raison il est absurde de demander la suppression du mercure dans le traitement des syphilitiques ou de demander la suppression du travail chez les ouvriers. C'est une question de désinfection buccale, d'hygiène rigoureuse, de propreté en somme.

Le ptyalisme, la saveur métallique, la chaleur dans la bouche et l'haleine chaude ne manquent pas au nombre des symptômes subjectifs.

Les symptômes objectifs sont irréguliers; si la bouche dans laquelle le mercure s'élimine est hygiénique, il ne se présentera que des érythèmes; si elle est malpropre et négligée, il pourra même se manifester des symptômes de gangrène.

Le traitement doit être prophylactique; c'est dire qu'il doit y avoir une très grande propreté buccale chez ceux qui doivent prendre du mercure ou le manipuler.

Le chlorate de potasse, si prôné, est impropre ou nul tout au moins quand on est victime de la stomatite.

Il faut entretenir une propreté très scrupuleuse des espaces interdentaires; enlever le tartre avec le plus grand soin; irriguer, au moyen d'une seringue très forte, toutes les anfractuosités avec des antiseptiques; extraire toutes les racines; obturer les cavités; détruire tous les foyers infectieux; prescrire des antiseptiques, en recommandant 3 lavages par jour; voir tous les 8 jours le malade qui suit un traitement mercuriel et décongestionner les gencives avec de l'iode; interdire l'usage du tabac et des mets épicés.

---

PONT AMOVIBLE ET INAMOVIBLE

Par M. L. Subirana, de Madrid.

## *Conclusions.*

1° Avec ce pont l'auteur a remplacé chez un patient une pièce de prothèse ancienne qui présentait peu de stabilité et ne satisfaisait pas aux exigences de l'esthétique ;

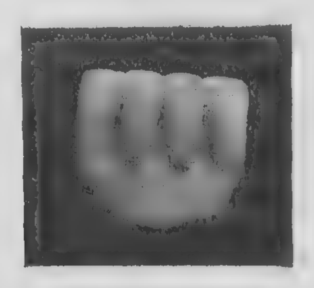


Fig. 1.
Face antérieure des dents et gencives.

2° En donnant aux parois des canines la forme presque cylindrique avec un système de coiffes, l'auteur a évité la

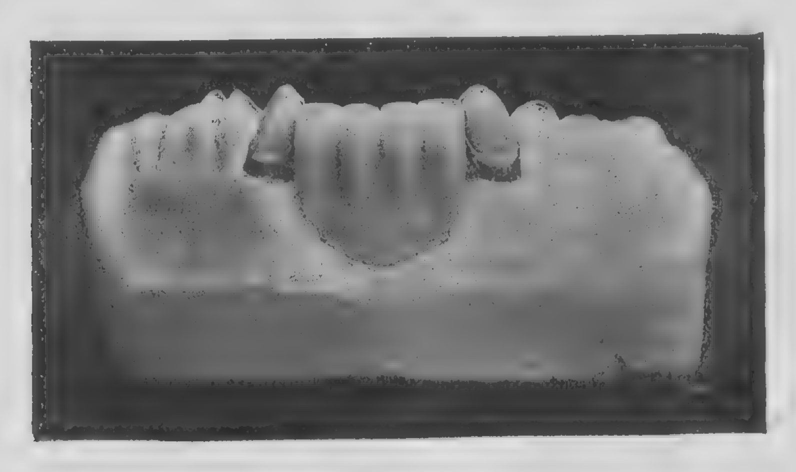


Fig. 2.
Reproduction du pont en place.

dévitalisation; ces canines lui fournissaient deux points d'appui solides, et l'esthétique était conservée par la mise à nu de la presque totalité de la face antérieure ;

3° Avec la disposition des dents il a évité l'espace qui reste entre les incisives latérales inférieures et les canines quand elles sont inclinées vers la ligne médiane, lorsque la pièce de prothèse est une plaque ;

4° Avec la barre qui passe par la partie postérieure et qui forme deux angles droits il a pu établir le parallélisme nécessaire pour entrer et sortir avec facilité des deux tubes soudés dans les capsules et dans lesquels s'insèrent les deux extrémités de la barre quand le pont est en position ;

5° La barre étant divisée en deux, ce pont peut être amovible et se convertir en pont inamovible, si on le fixe avec du ciment dans les tubes susdits ;

6° Avec la gencive antérieure l'auteur a évité la longueur des dents par la grande résorption alvéolaire, en l'améliorant au point de vue esthétique ;

7° Avec la porcelaine postérieure il a évité une grande quantité de soudure et un danger très probable de rupture des dents ;

8° L'auteur ne connaît pas de pont fait dans ces conditions.

---

## LES CLINIQUES

### PRÉSENTATIONS ET DÉMONSTRATIONS.

### REDRESSEMENT BRUSQUE : RÉGULARISATION IMMÉDIATE

Par M. Aguilar, de Madrid.

M. Aguilar a fait une démonstration de sa méthode chirurgicale de redressement, qui a obtenu le succès qu'elle méritait. Notre confrère a pratiqué à l'une des cliniques du Congrès un redressement brusque selon son procédé opératoire et cette intervention a parfaitement réussi.

Le redressement chirurgical a porté sur une incisive latérale supérieure gauche atteinte de rétroversion. Il s'agissait donc d'avancer cette dent au niveau de ses voisines et de lui faire occuper sur l'arcade dentaire la place qui lui appartenait.

Le procédé de M. Aguilar est analogue à celui qu'a préconisé M. Siffre et qui était pratiqué couramment par Fau-

chard et Bourdet ; seulement le procédé d'Aguilar nous paraît infiniment perfectionné.

Le manuel opératoire peut être décrit ainsi :

Après avoir fait l'antisepsie la plus rigoureuse de la cavité buccale et de la région opératoire, on commence par réséquer verticalement la paroi alvéolaire externe de chaque côté de la racine de la dent à redresser sur un centimètre environ de hauteur, en ayant soin de laisser intacts 2 ou 3 millimètres de gencive, vers le collet de la dent.

Cette résection doit être pratiquée à l'aide d'une meule très fine et elle a pour but de diminuer, autant qu'il est possible, la résistance de la paroi alvéolaire externe ; puis, à l'aide d'une pince spéciale à vis régulatrice, on procède au redressement immédiat. Cette pince spéciale possède deux mors, dont l'un (l'externe) est séparé en deux parties, garnies à leur extrémité libre de tampons et venant prendre point d'appui de chaque côté de la paroi alvéolaire préalablement réséquée, tandis que l'autre mors, de la forme de ceux de nos daviers ordinaires à incisives, va s'insérer sous la gencive à la face interne du collet de la dent à redresser. L'opérateur appuie alors sur les branches du davier pour pratiquer lentement la régularisation en avant de la dent, régularisation qui est elle-même dirigée par la vis.

Le redressement achevé, la dent est maintenue en place à l'aide d'une coiffe d'or servant d'attelle, prenant point d'appui sur les dents voisines et fixée au moyen de ciment.

---

## ADMINISTRATION DU SŒMNOFORME

Par MM. Rolland et Robinson, de Bordeaux.

M. Rolland, en même temps qu'il poursuit l'étude de l'action physiologique du sœmnoforme (voir *Communications*), se préoccupe également de la mise au point de son application et, en collaboration avec notre excellent confrère Robinson, nous fait des démonstrations péremptoires sur les perfectionnements qu'il a apportés à l'administration de cet anesthésique. Les ampoules contenant la quantité

nécessaire pour une anesthésie constituent un progrès incontestable, car tous ceux qui ont fait usage des anciens flacons ont pu constater la grande quantité d'anesthésique perdue ou bien les modifications rapides de ses propriétés.

Les ampoules dont se servent actuellement MM. Rolland et Robinson éviteront ces inconvénients et constitueront un agent de premier ordre pour la vulgarisation de l'emploi du sœmnoforme.

Le masque qu'ils ont présenté et qui a servi aux démonstrations nous paraît être parfait à tous égards par sa simplicité, sa propreté et la sécurité plus grande qu'il donne à l'opérateur.

Les démonstrations renouvelées pendant plusieurs séances par nos confrères bordelais ont convaincu les membres présents, dont l'opinion n'était pas complètement établie, de la valeur du sœmnoforme.

La stérilisation facile du masque, la possibilité de surveiller le bâillon et la bouche, grâce à la transparence du masque, de donner de l'air, s'il est besoin, par l'ouverture du boîtier sans enlever le masque de la face, d'obtenir le maximum d'effet narcotique avec le minimum d'agent anesthésique, nous semblent des avantages de nature à faire apprécier cet appareil comme il le mérite.

---

## DENTIERS SANS PALAIS

Par M. T. Triviño, de Madrid.

Les pièces supérieures sont maintenues ordinairement en position soit par un ajustement parfait de la plaque sur la muqueuse, soit par une cavité du vide ou chambre à air : Dans le système de M. Triviño les pièces se soutiennent aussi par le vide, mais par un moyen différent.

Cette présentation a été un des succès de curiosité du Congrès. Chaque congressiste a été successivement sollicité par un sien ami d'aller contempler sur un malheureux sujet une pièce sans plaque, ni ressort, ni crochet, tenant

d'une façon parfaite dans la bouche. Cette fois la réclame n'a pas menti et nous avons pu examiner à loisir un appareil complet supérieur dont les dents sont montées sur une plaque d'un centimètre et demi environ adhérant absolument à la muqueuse sur laquelle il repose. Le procédé, breveté s'il vous plaît, repose sur le vide pratiqué de chaque côté de l'appareil par deux poires montées sur un tube taraudé et qui agissent en aspirant l'air resté sous l'appareil lors de sa mise en place. Les poires minuscules sont aplaties lors de la pose et elles se gonflent, en raréfiant l'air emprisonné dans une sorte de cavité du vide qui longe la crête alvéolaire.

*Confection de l'appareil (d'après l'auteur).*

On monte les dents sur la cire, suivant les besoins de l'articulation, en mettant la dernière molaire des deux côtés, molaire plane, afin que la hauteur de ces molaires soit plus basse que celle des dents ordinaires. On place au-dessus de ces molaires pour les supérieures et au-dessous pour les inférieures le tube d'argent, en l'incrustant dans la cire jusqu'à la moitié de sa largeur ; la partie recouverte de cire demeure emprisonnée ensuite par le caoutchouc rouge ; la partie à découvert est emprisonnée par la matière à mouler.

Avant de placer ce tube dans la cire et au-dessus de la molaire plane, il faut pratiquer une cavité circulaire pour que par la suite les pertes de substance ou résorptions demeurent au niveau de la gencive artificielle.

Puis on remplace la cire par le caoutchouc, on vérifie la quantité de ce dernier et, quand on est convaincu qu'elle est suffisante, on place au-dessus du bord alvéolaire dans le moulage en plâtre une bande de plomb de 1 mm. d'épaisseur et de 5 de large à peu près, allant d'une molaire à une autre, en s'efforçant de la placer le plus près possible de la partie labiale, afin de mieux la fixer.

Ce plomb fixé avec cinq épingles dans la masse plastique, on pratique une raie, un peu séparée du plomb, afin qu'il y ait un filet ou bord dans la pièce, pour aider à fer-

mer hermétiquement la chambre ; au-dessus de cette raie, faite dans la masse plastique, on place du caoutchouc mou, afin que le bord soit mou. On veille à ce que celui-ci soit un peu séparé de la matrice de plomb pour pouvoir le dégager sans s'exposer à enlever une partie du bord, qui est inséparable ; il faut aussi que ce petit bord ne soit ni très profond ni très superficiel.

On ferme définitivement le moufle, on vulcanise la pièce ; quand elle est achevée, on enlève le plomb et il reste dans toute l'étendue de la pièce une dépression correspondant au bord alvéolaire.

On passe dans le tube une fraise n° 6 montée sur le tour, en perçant le caoutchouc, de façon à pouvoir mettre en communication la chambre avec le tube.

Cela fait, on enlève le 2^e revêtement de caoutchouc pénétrant dans le tube qui est dans la pièce et l'on y fixe les poires de caoutchouc faites avec une dissolution ; cette dissolution de caouchouc a un minimum de durée de 4 mois ; quant au tube il dure éternellement.

Le dentier placé, on doit fermer la bouche du patient, en le faisant aspirer en même temps, et par l'extérieur des joues on lui fait serrer les poires de caoutchouc, qui, lorsque l'air de la chambre est aspiré, produisent le vide ; les poires demeurent aussitôt gonflées, en produisant alors le même effet que les ventouses.

M. Triviño affirme que ce procédé n'échoue dans aucune bouche, si l'on s'en tient exactement au manuel opératoire ci-dessus ; mais il importe avant tout d'obtenir une empreinte exacte.

Il peut s'appliquer aux dentiers du haut et du bas, complets ou partiels ; les dentiers du haut offrent le grand avantage de ne pas comprendre de palais, leur fixation pour le haut comme pour le bas étant infiniment plus aisée que les anciennes pièces ; les pièces du haut n'ont pas besoin que le caoutchouc ait plus de largeur que celui des molaires.

Il est bon de renforcer ces dentiers sans palais, car,

étant plus étroits que ceux du bas, ils se brisent plus aisément.

---

## NOUVEAU PORTE-OUATE MODÈLE OTTO ZSIGMONDY

Par le Dr Zsigmondy, de Vienne.

Cet appareil fournit des morceaux d'ouate aussi grands qu'on le désire et conserve l'ouate dans un récipient à l'abri des souillures que les doigts lui causent quand on la manipule. Il peut se placer sur la tablette opératoire ou se monter sur un socle, qui le rend transportable. Dans le premier cas il peut se visser à toute surface horizontale ou verticale ; il peut également s'adapter à la partie inférieure d'une table.

L'appareil se compose d'un anneau de laiton nickelé, fermé par deux disques de verre et une vis formant axe. Dans l'intérieur de cet anneau, enroulé autour de l'axe, se trouve un rouleau de ouate large de 4 centimètres, dont l'extrémité passe au dehors à travers une fente pratiquée dans l'anneau et munie d'un système de couteau extrêmement simple, ne se dérangeant jamais, qui coupe facilement toute longueur d'ouate voulue et même des portions moins larges. On peut ainsi couper la quantité désirée avec une main, même avec deux doigts de la façon la plus aisée, ce qui est très avantageux lorsque l'autre main de l'opérateur n'est pas libre.

Le tambour garni d'ouate peut s'enlever du support à ressort fixé sur la table ou sur un socle par une traction, sans dévisser de vis ou autre chose semblable, et l'on peut le remplacer par un tambour rempli d'ouate fraîche. L'enlèvement, le remplacement de l'ouate et le montage de l'appareil exigent à peine une minute ; de sorte que dans la plupart des cas un tambour de rechange n'est pas nécessaire, car un rouleau d'ouate suffit au moins pour les besoins d'une journée.

---

*Présentation de travaux exécutés par les élèves de 1^re année de l'École dentaire de Paris (année préparatoire).*

## APPAREILS FANTOMES SERVANT A L'ENSEIGNEMENT

Par M. le D^r Godon, de Paris.

L'enseignement préparatoire de cette école était présenté par son directeur, qui avait envoyé à Madrid les meilleurs travaux des élèves de 1^re année. Les dessins les plus réussis, les travaux sur le fer, les préparations de cavité sur dents de caoutchouc, ainsi que les obturations de toutes formes et de toute substance ont montré à nos confrères étrangers les soins que l'on met à préparer les élèves à entrer à la clinique. Ces travaux étaient accompagnés d'un spécimen des appareils fantômes, qui a été très apprécié par tous ceux qui s'occupent d'enseignement.

La présentation qu'a faite M. Godon a paru intéresser nombre de congressistes. Les demandes d'explications, les objections qui ont été faites, les renseignements obtenus par lui sur les essais de ce genre dans les pays étrangers nous permettent de croire que nous sommes dans la bonne voie et que beaucoup de confrères compétents s'occupent soit de créer cet enseignement dans leur pays, soit de le perfectionner pour l'amener à donner dans un bref délai tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

---

## NOUVEL APPAREIL POUR EXTRACTIONS

Par M. Cladera, de Madrid.

M. Cladera a présenté un nouvel appareil d'une originalité intensive. Le mécanisme complexe comporte une barre métallique faisant le demi-cercle devant la tête du patient, laquelle barre soutient, à sa partie antérieure, une mentonnière métallique ; de chaque côté du patient, à la partie supérieure de la têtière, des branches métalliques garnies de cuir à leurs extrémités viennent ajouter leur aide puis-

sante au maintien du patient dans l'immobilité la plus absolue. Si nous supposons une dent du maxillaire inférieur, la mentonnière fixée à l'endroit voulu maintient énergiquement la tête du patient, tandis que les branches latérales l'empêchent de faire le plus petit mouvement de côté. Un long levier, sorte d'immense pied-de-biche ou élévateur, prenant point d'appui sur la barre métallique externe, sert à l'extraction des dents — et l'inquisiteur — pardon, l'opérateur plonge alors impunément dans la mâchoire, à la recherche de la dent ou de la racine qui doivent être enlevées.

---

## NOUVEAU SYSTÈME DE DENTS ARTIFICIELLES

Par M. Cassulo, de Gênes.

M. Cassulo a présenté au Congrès une série d'appareils comportant des dents de son système, c'est-à-dire des dents sans crampons qui sont pourvues à la partie postérieure de leurs bords latéraux de deux cannelures; ces dernières sont destinées à fournir insertion à une plaquette métallique qui recouvre la face postérieure et pénètre dans ces cannelures par ses deux bords latéraux. Les dents sont fixées à la plaquette au moyen de ciment. Ces dents paraissent de prime abord un peu fragiles et nous craignons, sans aucune affirmation étayée par l'expérience de notre part, qu'elles ne soient peu solides, les bords latéraux de la dent voisins des cannelures constituant des points faibles.

Il n'en est pas de même du dernier spécimen de dents qui figure dans la brochure de M. Cassulo et qui nous paraît bien supérieur. Malheureusement ce modèle ressemble en tous points à celui qui a été présenté par M. Blatter au Congrès de Montauban l'année dernière, au nom de M. Evslin, et nous pensons qu'il y a là une question de priorité intéressante à établir à plus d'un titre.

---

## APPAREILS POUR FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. SÉRIES D'APPAREILS EXTENSEURS DES MAXILLAIRES. APPAREILS DE RESTAURATION MÉDIATE DES MAXILLAIRES.

Par M. MARTINIER, de Paris.

L'auteur a présenté :

1° La série complète de tous les appareils imaginés pour les fractures du maxillaire inférieur ;

2° Une série d'appareils extenseurs des maxillaires dus en majeure partie à l'ingéniosité de ses collègues du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris et offrant le grand attrait de la nouveauté et de l'efficacité.

Ces appareils de redressement ont été vivement appréciés par les congressistes et je saisis l'occasion qui m'est offerte ici de transmettre à leurs auteurs les félicitations dont j'ai été chargé ;

3° Une série d'appareils de prothèse médiate des maxillaires avec les différentes phases par lesquelles passent les appareils avant qu'ils soient définitifs.

---

## OBTURATIONS DE PORCELAINE

Par M. GUYE, de Genève.

Notre confrère a fait plusieurs démonstrations d'incrustations de porcelaine à haute température de White. Il se sert pour leur cuisson du nouveau four électrique de Hammond, qui donne de très bons résultats et qui fonctionne admirablement. Le temps nécessaire à la cuisson des blocs de porcelaine est de deux minutes et demie. L'habileté de l'opérateur a démontré aux congressistes qui assistaient aux démonstrations le côté vraiment pratique et les résultats vraiment parfaits de ces travaux.

---

## APPAREILS DE PROTHÈSE VÉLO-PALATINE. APPAREILS DE PROTHÈSE IMMÉDIATE EN PORCELAINE

Par M. DELAIR, de Paris.

M. Delair a présenté plusieurs jours de suite ses appareils

pour divisions vélo-palatines et ses appareils de prothèse immédiate en porcelaine. Notre excellent confrère est revenu de ces présentations absolument aphone.

Les explications qu'il a dû donner et redonner au grand nombre de congressistes qui se pressaient autour de lui, lui ont témoigné d'une façon indiscutable le grand intérêt que tous prenaient à ses travaux, et le succès qu'il a obtenu l'a heureusement récompensé de sa peine.

---

## DÉMONSTRATIONS DIVERSES

Signalons rapidement, et pour terminer, les nombreuses démonstrations de traitement de la pyorrhée alvéolaire par *MM. Harlan* et *Younger*. L'un et l'autre appliquent le traitement mécanique bien connu qui consiste dans le nettoyage ou plutôt le curettage minutieux du collet et de la racine de la dent aussi profondément qu'il est possible à l'aide d'instruments qui leur sont spéciaux. Ils ne diffèrent que sur le choix du médicament destiné à irriguer les culs-de-sac gingivaux et à favoriser la consolidation de la dent ébranlée.

M. Harlan se sert à cet effet de l'acide trichloracétique à 20 o/o et M. Younger de l'acide lactique. La compétence et la notoriété des démonstrateurs donnaient à ces démonstrations un grand intérêt et avaient attiré un grand nombre d'assistants.

Gardons-nous de passer sous silence les inlays, selon la méthode de Jenkins, que *M. Körbitz*, de Berlin, a placés sur des dents dont les cavités étaient d'accès particulièrement difficile. M. Körbitz, qui est un opérateur des plus habiles, a fait apprécier comme elle le mérite la méthode de Jenkins.

Notre confrère *M. L. Subirana*, de Madrid, a présenté une pince de son invention pour cintrer les couronnes, qui est vraiment ingénieuse et pratique ; il a également présenté une série d'appareils à pont avec gencive continue fort bien combinés et exécutés.

*M. Amoëdo*, de Paris, a appliqué au cours d'une démons-

tration la méthode qu'il emploie pour le traitement des dents mortes et il a présenté ensuite une série fort intéressante d'articulateurs anatomiques.

*M. Pons,* de Barcelone, a présenté un fourneau électrique système Meifren et *M. Plet,* de Barcelone, une série de couronnes de caoutchouc qu'il emploie pour corriger les petites irrégularités dentaires.

Enfin *M. de Trey,* de Genève, a pratiqué un grand nombre d'aurifications avec l'or Solila. L'habileté de l'opérateur, son expérience connue en matière d'aurifications, ont trouvé une nouvelle occasion de se montrer et chacune de ses démonstrations a été assidûment suivie.

---

Tel est, aussi complet et aussi exact qu'il nous a été possible de le faire, le compte rendu des séances de communications orales et de démonstrations pratiques auxquelles il nous a été donné d'assister et pour lequel nous avons pu recueillir de la main même des auteurs un certain nombre de manuscrits, ainsi que des documents qui nous ont guidé dans notre travail. Nous pensons nous être acquitté de notre tâche à la satisfaction de l'École dentaire de Paris, qui nous avait chargé de lui présenter ce rapport.

Nous nous excusons de nouveau des omissions que nous avons pu commettre et dont la cause est due à la diversité des langues et à la simultanéité des séances, qui nous empêchait d'assister à toutes.

Tel qu'il est, ce compte rendu peut donner aux lecteurs de *L'Odontologie* une idée très nette du Congrès de Madrid et de l'importance qu'il y a pour les odontologistes à suivre assidûment et en grand nombre ces assises internationales, appelées à faire progresser sans cesse la science odontologique dans ses branches les plus diverses.

P. MARTINIER.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

---

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÈPHONE 294.47.**
**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
**J. Fanguet, Georges Clotte, sr** (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
**L. Mairlot** (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
**Mamelzer et fils** (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
**Société coopér. des dent. de Fr.**, 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
**Vve J. Wirth** (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**



# REVUE ANALYTIQUE

## *ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET LOCALE*

L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle fait à l'heure actuelle l'objet de toutes les recherches ; anesthésie rapide, réveil presque immédiat, absence de suites, tels sont en effet les premiers avantages de ce produit sur le chloroforme, dont l'emploi est toujours à redouter. MM. les Drs Turcan [1] et Le Gargane [2], dans deux thèses soutenues en 1902, ont mis au point la question. De leurs travaux nous tirerons les conclusions suivantes : le kélène ne s'emploiera que dans les opérations de courte durée. On donnera le narcotique en une seule fois et en une dose de 8 à 10 c.c. au maximum. Le chlorure d'éthyle produit déjà l'analgésie alors que le malade est encore conscient et que ses réflexes subsistent. L'anesthésie doit se produire en deux minutes au plus. Il n'y a d'autre contre-indication à l'emploi du kélène que la longueur possible de l'opération ; dans ce cas, on emploiera l'anesthésie mixte, qui a toujours donné de bons résultats, et qui a l'avantage de supprimer la période d'excitation du chloroforme ou de l'éther.

Nous ne quitterons pas l'anesthésie générale avant d'avoir signalé la très intéressante communication de M. Farez à la Société d'Hypnologie [3] concernant la psychologie du somnoformisé. Le somnoforme, ce mélange titré de chlorure d'éthyle, de chlorure de méthyle et de bromure d'éthyle, amène chez le patient un sommeil souvent analogue au sommeil naturel, pouvant même s'accompagner d'une vie psychique intense. D'après la dose employée, on pourra amener chez le malade trois états psychologiques différents : l'hypernarcose avec inconscience relative, la narcose avec subconscience, enfin l'hyponarcose avec conscience, hyperacuité auditive, exaltation de la suggestionabilité.

Anesthésique général ou local, il semble que la lumière bleue doive actuellement figurer parmi les analgésiques les plus efficaces, si nous nous en rapportons à une observation du Dr Minime, de Saint-Pétersbourg. En projetant un flot de lumière électrique bleue sur un malade soumis à une opération chirurgicale, il aurait obtenu, pendant les vingt minutes nécessitées par l'opération, une anesthésie parfaite. Cette observation demande à être appuyée et vérifiée par d'autres expériences : ce serait une découverte de la première importance, cet anesthésique n'ayant aucun des inconvénients signalés à des degrés divers pour tous les produits chimiques employés à cet effet. En attendant, la cocaïne, comme anesthésique local, a été l'objet de travaux récents ayant pour but d'en étendre les applications en art dentaire. M. Touchard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris [4], préconise l'emploi de ce produit non seulement dans l'avulsion des dents, mais encore dans leur traitement qui s'accom-

---

1. Turcan, *Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou kélène.* Thèse de Paris, 1902, n° 494.

2. Le Gargane, *Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.* Thèse de Paris, 1902, n° 487.

3. P. Farez, *Communication à la Société d'hypnologie et psychologie*, mai 1903.

4. Touchard, *Anesthésie cocaïnique. Communication à l'Académie de Médecine.* Séance du 19 mai 1903

pagne d'opérations toujours pénibles et souvent longues. Il apporte, à l'appui de sa thèse, cinquante observations qui éclairent la question d'un jour très favorable.

Mais la cocaïne s'est adjoint maintenant l'adrénaline dans la pratique journalière. La cocaïne seule en effet agit mal dans les tissus enflammés ou trop lâches par suite de sa rapide diffusion; l'adrénaline combat cette diffusion en ischémiant la région opératoire.

Le Dr Battier (de Kremlin-Bicêtre) procède à une avulsion après trois ou quatre piqûres intra-gingivales autour de la dent à extraire d'une solution renfermant par c.c. d'eau 0 gr. 0075 décimilligrammes de chlorhydrate de cocaïne, et 0 gr. 0125 décimilligrammes d'extrait de capsules surrénales: il n'emploie ainsi qu'un demi-centimètre cube de la solution, ce qui ne nécessite qu'une dose de 4 milligrammes de cocaïne pour 6 milligrammes d'extrait de capsules surrénales. Ce procédé permet d'opérer « à blanc » pour ainsi dire et prévient en outre les accidents syncopaux par son action sur la circulation générale. M. Foisy[1] recommande la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne...................... | 0 gr. 03. |
| Eau stérilisée.................................. | 15 gr. |
| Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000............ | VI gouttes. |

Nous terminerons cette rapide revue générale par quelques mots sur l'anesthésine[2], éther éthylique de l'acide para-amido-benzoïque. Ce produit, qui n'a pas encore fait ses preuves, semble cependant être un anesthésique local à employer dans les cas où l'on a utilisé l'orthoforme. Son action est supérieure à celle de l'orthoforme. Il ne donne que des résultats médiocres en injections hypodermiques. Faiblement toxique, n'influençant que peu la pression sanguine, c'est un anesthésique puissant, très stable et non irritant pour la peau et pour les muqueuses.

## *DENTISTERIE OPÉRATOIRE*

**MM. Brodhurst** et **Besson,** ***Réimplantation des dents.*** (*Centre médical*, 1er oct. 1902 *et Dauphiné médical*, déc. 1902.)

Cette opération, d'après M. Brodhurst, réussit toujours: 1° quand elle est faite le plus tôt possible après l'avulsion des dents; 2° si de solides ligatures maintiennent les dents réimplantées; 3° quand on maintient la cavité buccale, pendant le traitement, dans un état d'asepsie complète. L'auteur rapporte une observation de réussite parfaite dans un cas de réimplantation de trois dents incisives supérieures totalement renversées sur le bord palatin de la gencive et n'adhérant plus que par un pédicule muqueux. Le Dr Besson est également convaincu de la réussite de cette opération. Il rapporte l'observation d'une jeune fille de seize ans, chez laquelle, à la suite d'accidents infectieux, il a enlevé, nettoyé et réimplanté avec succès la première incisive inférieure droite. L'aide, chargé du nettoyage de la dent, avait même ruginé la racine en entier ; malgré cette circonstance défavorable, la réimplantation a réussi parfaitement ; la dent a son aspect normal et les poussées d'infection ont disparu. Le Dr Besson pense que la réussite est plus douteuse s'il s'agit de molaires ; sans être très partisan de cette méthode, il ne croit pas qu'elle doive être rejetée comme le fait le Dr Sauvez de Paris. Si la dent ne se maintient en situation que cinq ou six ans, c'est déjà un résultat appréciable. Le mécanisme de la réimplantation est mal connu; si la dent possède encore

---

1. Foisy, *Communication à la Société de Biologie*, 12 février 1901.
2. *L'Anesthésine, in Gazette des Hôpitaux de Toulouse,* 2 mai 1903, p. 71.

son périoste, c'est une simple greffe à laquelle on a affaire ; mais, dans le cas présent, la dent étant absolument dénudée, il semble que l'on doive invoquer le phénomène d'ostéite condensante normal après l'extraction de toute dent, mais qui ici contribue à enserrer la racine et à maintenir l'organe en place. La dent joue le rôle d'un corps neutre qu'on implanterait antiseptiquement dans un os ; ici l'os considéré est le maxillaire inférieur, et, nulle part, la vitalité osseuse n'est plus active qu'aux environs des alvéoles.

## *INSTRUMENTATION ET PROCÉDÉS*

**Rémy** et **Bouchacourt**, ***Application chirurgicale de l'endodioscopie buccale.*** (Acad. de Méd. in *Rev. Méd.*, 4 juin 1902.)

Les procédés classiques de radiographie ne rendent que peu de services dans le cas de fracture du maxillaire inférieur. Dans un cas on a superposition des deux côtés du maxillaire, dans un autre, avec la pellicule, on n'a qu'une image très limitée du rebord alvéolaire. L'endodioscopie buccale combat ces inconvénients ; on introduit dans la bouche un tube de Rœntgen spécial, excité par un courant unipolaire, le pôle négatif étant seul en tension. Le malade ne perçoit aucune sensation ; la cavité buccale est bien éclairée et l'on peut examiner avec toute facilité le maxillaire et les racines dentaires sur l'écran ou sur les radiographies que l'on peut obtenir très nettes et faciles à interpréter.

## *PATHOLOGIE*

**Sellerier**, ***Déminéralisation des dents.*** (Soc. Méd. des Prat. in *Rev. Méd.*, 10 sept. 1902.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux malades chez lesquelles sont apparus des phénomènes qu'il attribue à une déminéralisation des dents. La première, une jeune fille de 25 ans, à la suite de phénomènes nerveux, mais non hystériques, a vu ses dents envahies par de petites taches blanchâtres, semblables à des piqûres d'aiguille, qui ne tardèrent pas à s'étendre ; le Dr Sellerier donna ses soins à 6 de ces caries qu'il obtura d'abord avec du ciment, puis avec de la gutta, cette dernière donnant seule des résultats favorables. La seconde observation concerne une jeune fille de 22 ans, sans antécédents héréditaires, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, adynamique, a vu se produire des taches du même ordre, mais jaunâtres ; en même temps des caries anciennes soignées jadis par l'auteur s'étaient élargies et avaient nécessité une obturation nouvelle. Il n'a pas fait d'intervention sur ces taches. Il s'agit là d'une véritable déminéralisation des dents ; une explication de ce phénomène serait dans l'acidité exagérée de la salive à la suite de certaines influences, entraînant une dissolution des phosphates et une précipitation des carbonates ici éliminés. Dès lors la dent semble « fondre dans la bouche comme une dragée ».

**F. Auwers**, ***Adéno-phlegmon du cou d'origine dentaire.*** (*Ann. de l'Inst. Chir. de Bruxelles,* 15 mars 1903.)

Il s'agit d'un homme ayant présenté un gonflement notable de la face et du cou du côté gauche. Voix nasonnée, haleine fétide, contracture des mâchoires, douleur atroce au niveau de la 3e molaire inférieure gauche. Fièvre intense. L'auteur, en présence de ces accidents, fait l'ablation de la dent de sagesse, atteinte de carie pénétrante avec arthrite. En outre il incise profondément la muqueuse et par l'incision s'écoule un pus abondant, à odeur infecte. Néanmoins

les jours suivants la température s'élève à 40° et plus, la contracture des mâchoires augmentée devient bientôt complète au point que le patient ne peut boire qu'avec un chalumeau passé dans l'interstice laissé par une dent absente. Déglutition très pénible. État général grave. L'auteur procède alors à une large incision externe au niveau de l'angle de la mâchoire. Un flot de pus s'écoule au dehors : les phénomènes s'amendent aussitôt et, sous l'influence de pansements humides, le malade voit disparaître tous ses troubles, sauf la contracture des mâchoires qui dut être vaincue de force par dilatation progressive. La guérison était complète en trois semaines, mais la convalescence fut longue et accompagnée d'anémie profonde.

Les conclusions de l'A. sont les suivantes :

*a*) Procéder dans ces cas à une extraction hâtive.

*b*) Ouvrir le foyer dès que l'on soupçonne le phlegmon.

*c*) Observer une antisepsie rigoureuse.

**D. Chickoff,** ***Rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis.*** (Thèse de Paris, 1903.)

Les lésions de la leucoplasie buccale sont des manifestations parasyphilitiques; elles n'existent que chez les gens atteints de syphilis et doivent éveiller dans ce sens l'attention du praticien. Le traitement général spécifique sera institué. Localement on touchera les lésions au bichromate de potasse au 1/50 ou mieux on détruira la plaque au galvano-cautère.

**Caumartin,** ***Anomalies de direction des dents.*** (*Echo Méd. du Nord.,* 17 mars 1903.)

Les anomalies de direction sont les plus intéressantes des anomalies dentaires susceptibles d'un traitement. Antéversion, rétroversion, latéro-version ou rotation sur l'axe, telles sont les quatre grandes classes de ces anomalies. Elles reconnaissent différentes causes, parmi lesquelles l'éruption précoce de la dent définitive avant la chute de la dent temporaire, l'enlèvement des dents de lait avant la date de leur remplacement, la périostite et la nécrose alvéolaire consécutives à la carie des dents temporaires, et enfin l'étroitesse du maxillaire. D'où quelques indications de thérapeutique préventive : conserver les dents de lait jusqu'au moment de l'éruption des dents définitives correspondantes; les soigner par suite comme les dents définitives; enlever au contraire la dent temporaire dès que la définitive correspondante apparaît ; soigner les végétations, l'hypertrophie amygdalienne pour éviter l'atrésie des maxillaires. Si l'anomalie est survenue, on traitera l'enfant entre 8 et 15 ans; on fera de la place à l'organe dévié en pratiquant une ou plusieurs extractions et en se souvenant que les dents ont une tendance naturelle à se porter vers l'espace qui leur est destiné. On n'emploiera les appareils de redressement qu'après avoir épuisé l'action physiologique, sauf s'il existe un obstacle à la mobilisation naturelle des dents ; l'appareil choisi devant avoir une fixité très grande, on attendra pour l'appliquer l'apparition des premières grosses molaires. Ces appareils bien connus et nombreux, se réduisent schématiquement à une plaque palatine avec crochets latéraux. Un fil d'or passant devant l'arcade dentaire va se fixer aux bords de cette plaque. L'un et l'autre deviennent le point d'appui des chevilles, ressorts, vis, anneaux qui agiront sur les dents dans la direction désirable pour les redresser.

**Ponroy,** ***Traitement des fractures du maxillaire inférieur.*** (Thèse de Paris, 1903.)

Le Dr Ponroy, recommande, pour combattre la tonicité musculaire, cause des déplacements dans la fracture latérale du maxillaire inférieur, l'emploi

d'une bande de caoutchouc de 2 m. 25 de longueur sur 4 à 5 centimètres de largeur seulement. Après avoir réduit la fracture, la réduction sera parfaite lorsque chaque cuspide d'une dent inférieure se trouvera en face d'un sillon interdentaire ou intercuspidien d'une dent homologue supérieure, et l'on appliquera la bande. Elle fera quatre tours, un vertical, préauriculaire, allant du bregma à l'angle du maxillaire, un second partant du même point pour aboutir à la pointe du menton : le troisième enserrera l'occiput et le menton, le quatrième, horizontal, embrassera le sous-occiput et le menton. Cet appareil, facile à appliquer, présente les avantages suivants : 1° il tient facilement en place et n'a pas tendance à glisser surtout si, à leurs points d'entrecroisement, les bandes sont fixées ensemble par des pinces ; 2° le malade peut ouvrir la bouche, ce qui permet de désinfecter cette cavité et de combattre la septicémie toujours possible et grave ; 3° les fragments sont parfaitement maintenus. La bande sera rejetée dans le cas de fractures comminutives ; dans les cas ordinaires, elle restera en place un mois ou six semaines.

**J.-M. Bourragué,** ***Des sinusites maxillaires chez les enfants.*** (Thèse de Bordeaux, 1902.)

Causées par des infections nasales ou dentaires, les sinusites maxillaires infantiles ont les mêmes caractères que celles de l'adulte ; il y a prédominance de la forme phlegmoneuse chez les très jeunes sujets. Le signe de Héring est ici douteux, les complications proches et lointaines sont à redouter ; le traitement sera exclusivement médical. On ne pratiquera la cure radicale que vers l'âge de quinze à seize ans, après évolution de la deuxième dentition.

**Claoué,** ***Sinusite maxillaire chronique.*** (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bord.*, avr. 1903.)

L'auteur, rejetant dans l'intervention pour sinusites maxillaires chroniques l'opération de Caldwell-Luc et les lavages de Cooper et de Krause-Friedlander, pratique l'ablation des deux tiers antérieurs du cornet inférieur, la résection large de la paroi, le nettoyage et le pansement des sinus. Il présente trois malades opérés dans ces conditions, chez lesquels la suppuration datait de douze ans, deux ans et demi et sept à huit mois.

**Lejars,** ***Injections sous-cutanées de paraffine.*** (*Soc. de Chir.*)

Les injections prothétiques de paraffine nécessitent, pour être suivies de résultats satisfaisants, des soins très particuliers dans leur emploi. C'est ainsi que M. Lejars vient de présenter, à la Société de Chirurgie, une malade, traitée par cette méthode pour déformation du nez, et chez laquelle s'est produite, trois mois après, une infiltration de paraffine, ayant amené la tuméfaction du nez, des paupières supérieures et de la paupière inférieure. Une opération a permis de retirer quelques amas de paraffine, mais la tuméfaction s'est reproduite.

**Galliard,** ***Tatouage saturnin de la muqueuse des lèvres.*** (*Soc. Méd. Hôp.*, mai 1903.)

Le tatouage saturnin de la muqueuse buccale est exceptionnel. Il s'est présenté dernièrement chez une femme intoxiquée par la poussière de céruse. Le liseré gingival se décalque sur la muqueuse des lèvres, où la raie pigmentaire reproduit exactement toutes les sinuosités du bord des gencives. Cette raie pigmentaire est noirâtre, bordée de gris. La face interne des joues est indemne. Dans ces cas, le diagnostic est à faire, surtout lorsque le dépôt métallique a partiellement disparu, avec la pigmentation de la maladie d'Addison.

H. Ch. Fournier.

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **Très bon Cabinet dentaire,** situé **sur** les *grands boulevards, huit fenêtres de façade ;* chiffre d'affaires 28.000. frais généraux 12.000. — Prix 30.000 fr. dont 15.000 *comptant. — On possède les livres tenus à jour depuis 1882.* — Ecrire *par poste* **aux** initiales S. F. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(65-3)**

---

2 **OCCASION UNIQUE** pour DENTISTE POUVANT DISPOSER 1 OU 2 JOURS PAR SEMAINE, *25 min. de la Gare Saint-Lazare.* Aff. 6.000 fr. la 1re année, loyer et Contrib. 430 fr. A VENDRE 2.500 fr. comptant, instal. Salon et Cabinet compris. S'adresser à M. Fraenkel 38, Chaussée-d'Antin. **(66-3)**

---

3 **A remettre de suite,** *pour cause de santé,* **EXCELLENT CABINET** situé dans *grande ville du centre.* — Affaires 15 à 18.000 francs, peu de loyer, beau logement, long bail. Peu de comptant; on laisserait le salon, le cabinet, l'atelier. — Ecrire pour renseignements : Paradis, 73, rue des Poissonniers, Paris (18e arr). **(67-2)**

---

4 **Jeune fille**, 22 ans, connaissant parfaitement la *comptabilité,* **le travail de porcelaine,** un peu *l'anglais,* désire **SITUATION chez dentiste.** Accepterait **porcelaine à façon.** *Excellentes références.* Pourait au besoin tenir l'emploi de Caissière. S'adresser 22, rue Montgolfier. **(68-2)**

---

5 ***PREMIER MÉCANICIEN,*** 30 ans, *excellentes références,* bien au courant de tous travaux de prothèse, cherche *place dans grande ville, de préférence port de mer.* Serait libre dès le mois d'octobre. Ecrire *par poste* aux initiales B. P. Y., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(69-2)**

---

6 **Cabinet dentaire,** ayant 14 ans d'existence, à **VENDRE** 8.000 francs dans petite ville (*Sous-préfecture*), clientèle de premier ordre, affaires faciles ; bail 3, 6, 9, renouvelable. — Loyer 350 francs, impôts 70 francs. — Ecrire *par poste* aux initiales D. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(70-2)**

---

7 **CHIRURGIEN-DENTISTE**, *diplômé de la Faculté de médecine et de l'Ecole dentaire*, connaissant le **Cabinet.** demande place d'**Opérateur pour Paris seulement**. *Bonnes références.* — Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(71-2)**

---

8 *On demande* un ***OPÉRATEUR DIPLOMÉ*** pour la *région du Nord.* ***BONS APPOINTEMENTS.*** Ecrire *par poste* aux initiales B. N. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(72-2)**

---

9 **OPÉRATEUR-MÉCANICIEN Alsacien,** parlant *allemand* et *français,* ayant fait 3 ans d'apprentissage chez **D. D. S.,** sachant opérer et bien au courant de toutes les parties de la prothèse (*caoutchouc, or, couronnes, travaux à pont*, etc.) cherche place pour le *1er septembre* à *Paris* ou *Province.* — Ecrire *par poste*, en affranchissant à 0,25 cent, aux initiales R. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(73-1)**

---

10 **TRÈS BON Cabinet Dentaire,** à **VENDRE,** sur *littoral méditerranéen*, 20 ans d'existence; affaires 25.000 francs par an. On céderait pour 20.000, *installation comprise.* Ecrire *par poste* aux initiales S. H., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(74-1)**

---

11 **A CÉDER** dans *ville de l'Ouest* **très bon Cabinet dentaire** créé depuis 8 ans. Chiffre d'affaires variant de 16.000 à 18.000 francs, *susceptible d'augmentation.* Loyer et contributions 1.700 fr. — *Installation moderne.* — Prix 15.000 francs. Le titulaire restera avec son successeur le temps qu'on désirera. — Ecrire *par poste* aux initiales A. R. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(75-1)**

---

12 *Pour cause de santé.* **A céder de suite un CABINET**, *bien installé, bien situé* à Paris, faisant un minimum de 14.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr. de loyer. Ecrire par poste aux initiales B. C. Q., aux soins de *L'Odontologie.* **(76-1)**



# REVUE DE L'ÉTRANGER

## CONGRÈS DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION

Nous avions été invité personnellement à assister au Congrès annuel de la British Dental Association tenu à Brighton le 18 juin dernier; mais l'état de notre santé ne nous permettant pas de faire ce voyage, nous avons chargé notre confrère M. Robinson, de Bordeaux, de nous représenter. *L'Odontologie* lui avait donné mandat de la représenter également à cette réunion. C'est à ce titre que M. Robinson a bien voulu nous remettre sur ce congrès le rapport que nous publions ci-après.

Ajoutons que la F. D. N. adressa un télégramme de félicitations et de souhait de succès du congrès à M. Walter Harrison, président de la B. D. A., qui, à son tour, y répondit par un télégramme de remercîments, confirmé par une lettre aimable du 23 juin.

C. G.

Les 17, 18 et 19 juin la jolie ville de Brighton, que les Anglais appellent « Londres sur mer », recevait, cette année, la British Dental Association. Brighton est surtout fréquenté par les riches citadins de Londres et compte trois cent mille habitants, auxquels vient se joindre une population de trois cent mille visiteurs ou malades. Sa grande saison est l'hiver.

Ce n'est donc pas la plage qui attire ce grand concours de monde, mais sa proximité de Londres, la commodité des communications, — en une heure le trajet s'accomplit — son pittoresque, les douceurs de son climat, propice aux cures d'air, le goût particulier qu'ont les Anglais de s'isoler complètement des affaires quand ils ont accompli leur travail quotidien et le plaisir qu'ils ont à placer leur famille dans les meilleures conditions d'hygiène.

Brighton est au fond d'une baie de la Manche. C'est une ville très moderne. Ses rues sont larges, bien alignées, ornées de maisons de briques d'une architecture simple, solide et élégante à la fois.

Le Congrès se tenait dans le « Pavillon Oriental » que le roi Georges IV fit construire pour sa résidence d'été. C'est un monument étrange et baroque, qui cependant ne manque pas de magnificence. Son style a la prétention d'être mauresque, il n'atteint que le bizarre. C'est dans les écuries du roi — ou plutôt dans le manège — qu'a eu lieu le grand banquet de la Société. Il faut dire que depuis longtemps déjà ce manège a été désaffecté de sa destination première

pour devenir une immense et magnifique salle où se font les grandes réceptions

*
* *

M. Harrisson, président actuel de la British Dental Association et M. Harding, président sortant, délégués officiels de la Société au Congrès de Madrid, où nous avions eu le plaisir de les rencontrer, m'avaient fait l'honneur de m'inviter, ainsi que le Dr Rolland, à leur réunion annuelle. L'impression, disaient-ils, que nos communications et nos démonstrations avaient faite, l'année précédente, au Congrès de Shrewsbury, la valeur de nos perfectionnements pratiques dans l'administration du sœmnoforme et de nos recherches histo-physiologiques sur l'action encéphalique de cet agent, dont nous donnions en Espagne quelques aperçus, faisaient désirer notre venue à Brighton, où devait se réunir l'élite des chirurgiens-dentistes et des anesthésistes anglais.

Le Congrès comptait bien de trois cents à trois cent cinquante des plus hautes notoriétés du Royaume-Uni. Les travaux étaient fort nombreux et il est fort difficile d'être un reporter bien fidèle de tant de choses intéressantes quand on est soi-même perdu dans l'action.

Cependant nous dirons que la première journée du Congrès, le jeudi 18, fut employée en grande partie aux réceptions officielles, aux intérêts professionnels et à la crise de la chirurgie dentaire anglaise, question des plus palpitantes, dont à notre heure nous entretiendrons nos lecteurs.

A l'occasion du rapport du secrétaire, M. Cunningham souleva une question intéressante à signaler au sujet de la création d'un titre spécial en dentisterie à décerner par la nouvelle Université de Londres, question qui divise actuellement nos confrères anglais et qui est analogue à celle qu'avaient soulevée quelques praticiens français à propos de la création d'un titre de docteur en science dentaire par les universités françaises. Une université, celle d'Edimbourg, a déjà créé le titre de *maître* (master) *en chirurgie dentaire* et l'on voudrait que la nouvelle Université de Londres fît de même, ce qui met aux prises les docteurs dentistes et les licenciés dentistes, autrement dit les stomatologistes et les odontologistes.

Le *Representative Board* (Conseil exécutif) a été chargé de présenter un mémoire sur la question au Sénat de l'Université de Londres.

On s'est occupé également de la Fédération dentaire internationale, d'une part dans l'adresse du président sortant, M. Harding, et dans celle du président nouveau, M. Harrison, et d'autre part au meeting général annuel où M. W. B. Paterson, président du *Repre-*

*sentative Board*, donna lecture d'une lettre du président et du secrétaire général de la F. D. I., et M. Harding d'une lettre de M. Miller, de Berlin, au sujet de la Commission d'hygiène.

Ces deux lettres provoquèrent une discussion assez longue sur la Fédération, qui montra combien les Anglais sont encore peu au courant du but et des travaux de la Fédération, malgré les différentes délégations qu'ils ont envoyées aux sessions de Cambridge, de Stockholm et de Madrid.

La question a été renvoyée pour décision au prochain meeting qui aura lieu à Aberdeen (Ecosse) les samedi, 6, lundi 8 et mardi 9 août 1904, sous la présidence du Dr W. H. Williamson, d'Aberdeen.

Enfin, sur l'invitation du Dr Cryer, l'assemblée a accepté d'envoyer des délégués au Congrès de Saint-Louis.

Le vendredi matin lecture des communications.

M. Charles W. Glassington présenta le traitement que le chirurgien-dentiste doit appliquer dans l'épulis.

M. Guy, directeur de l'Ecole dentaire d'Edimbourg, présenta un petit meuble d'une asepsie et d'une commodité extrêmes pour les étudiants, se rapprochant, comme idée, de celui que les élèves de l'Ecole dentaire de Paris utilisent pour loger leur boîte et placer leurs instruments.

A mon tour, je présentai au nom du Dr Rolland, comme au mien, la communication suivante :

*Notes comparatives sur l'administration du sœmnoforme par la nouvelle méthode du Dr Rolland et de Field Robinson comparées à la technique originale.*

Et je lus le travail fait en collaboration avec le Dr Rolland, professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Bordeaux intitulé :

*L'influence d'un anesthésique général, le sœmnoforme, sur les centres nerveux ; recherches microscopiques sur la localisation de cette influence.*

Le vendredi fut employé aux démonstrations. MM. Canning, Morris, Brunton, Parfite, Read, Payne, Colyer, Harrison et Peck, pour n'en citer que quelques-uns dans cette présentation de travaux si nombreux et si intéressants, rivalisèrent à l'envi.

Le soir, un grand et magnifique banquet réunit tous les chirurgiens-dentistes et les autorités de la ville, sans compter de nombreuses délégations, dans le pavillon royal. De fort beaux discours furent prononcés et l'on se sépara tard dans la nuit, après avoir bu les grands vins de France et vidé des coupes de Champagne, à l'Angleterre, à son roi, aux divers maires assistant à la fête et aussi, disons-le, avec plaisir, à la France.

Nous n'avions que quelques heures de repos pour nous préparer à la journée du lendemain où, à notre tour, nous avions à faire nos démonstrations pratiques d'anesthésie..

Le samedi, 20 juin, était le grand jour des démonstrations pratiques qui se firent à l'Hôpital des enfants. Mais, avant d'en parler, qu'il nous soit permis de remercier les chirurgiens de cet hôpital qui, la veille, nous reçurent et opérèrent avec succès une dizaine d'enfants d'un mois à trois mois et qui se déclarèrent enchantés de l'anesthésie par le sœmnoforme.

La séance du samedi était particulièrement intéressante, car toute la matinée était consacrée aux interventions sous l'anesthésie. Et l'on sait qu'en matière de chirurgie dentaire l'anesthésie tient chez les Anglais une place considérable. Aussi tout le Congrès assistait-il à ces démonstrations, qui mettaient en parallèle les divers agents et les divers moyens employés.

Dans l'espace qu'entourait un large escalier était placé le fauteuil d'opération et l'escalier formait l'amphithéâtre commode où s'étaient groupés nos confrères.

Nous eûmes le redoutable honneur de débuter, mais nos nouveaux procédés, notre masque en verre spécialement construit sur mes indications et réalisant les quatre qualités fondamentales de la propreté, la simplicité, la sécurité et de l'efficacité, fit merveille entre les mains du Dr Rolland, valut tous les suffrages à notre démonstration et nous permit avec des ampoules de sœmnoforme de trois c. c. de produire nos inductions en vingt-sept secondes en moyenne et de déterminer des anesthésies de 1′ à 2′.

Si bien que lorsque nous eûmes épuisé notre stock de malades, le Dr J. Hewitt, avant de procéder à son tour, nous rendit hommage, déclarant qu'après des anesthésies aussi parfaites que celles qui venaient d'être faites, il n'entrait pas en parallèle, et n'avait que l'intention de démontrer comment, par quelques bouffées de N. O. gaz, il évitait les suffocations premières que produisent les éthyles. En effet, dans un grand ballon il accumulait le protoxyde d'azote et, au moment venu, vidait dans l'intérieur du ballon un flacon d'éthyle de 5 cc. environ qui y était appendu par un tube. Ce procédé est fort ingénieux et vient confirmer l'opinion que nous soutenons que par des mélanges on obtient des effets anesthésiques bien supérieurs à ceux que produit séparément chacun des éléments anesthésiques divers.

Nous n'insisterons pas sur les diverses et multiples démonstrations qui furent faites dans des locaux particuliers par nos distingués confrères ; nous dûmes rester sur le champ de bataille de l'anesthésie, autant pour répondre aux nombreuses questions qui nous furent adressées que pour voir exécuter de fort intéressants travaux de redressement.

Ce fut en employant le sœmnoforme que M. Lonnon exécuta ses remarquables opérations de redressement immédiat. Il termina sa démonstration, au milieu des applaudissements et tous les chirurgiens-

dentistes présents le félicitèrent autant de son habileté que du choix d'une anesthésie qui lui permettait avec tant de tranquillité et de sécurité de faire valoir sa merveilleuse adresse.

Enfin, pleins de reconnaissance, comblés d'amitiés et de prévenances, le Congrès étant fini nous dûmes nous retirer, emportant pour tous nos amis de France les témoignages d'estime de nos confrères anglais qui me prièrent de transmettre à l'Ecole dentaire de Paris et à *L'Odontologie,* que je représentais, l'impression de leur sincère amitié et de leur sympathie.

Pour nous qui avions été officiellement prié à ces fêtes par la British Dental Association et par son très distingué président, M. Harrisson, nous ne pouvons que leur adresser, tant au nom de l'Ecole de Paris, qu'en notre nom et au nom du Dr Rolland, de sincères remerciements pour l'hospitalité aussi chaleureuse qu'écossaise que pendant ces trois jours ils nous ont offert avec autant de délicatesse que de générosité.

FIELD ROBINSON.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

### CLINIQUE DE PROTHÈSE DENTAIRE ET DE PROTHÈSE ORTHOPÉDIQUE OU ORTHODONTIE (P. MARTINIER).

Cinq ans après la promulgation de la loi astreignant le futur chirurgien-dentiste à trois années d'études médicales scientifiques et techniques, lorsque parut, en 1898, la première édition du *Manuel du Chirurgien-Dentiste*, publié sous la direction de M. Ch. Godon un des cinq volumes formant ce compendium des connaissances que doit posséder le dentiste eut un succès des plus mérités sous le titre de *Clinique de prothèse.*

Jusqu'à la publication du *Manuel,* il n'avait pas, en effet, manqué au dentiste de livres français ou étrangers sur l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, la clinique dentaires, ni sur la dentisterie opératoire et l'anesthésie, pas plus que sur la prothèse ; mais ces ouvrages, ou trop étendus ou insuffisamment spéciaux pour l'étudiant en chirurgie dentaire, avaient besoin d'être résumés en peu de pages contenant, pour ainsi dire, la quintessence de la science odontologique.

C'est ce que firent sagement les cinq auteurs du *Manuel*, *vade mecum* en quelque sorte de l'étudiant en dentisterie.

L'un des plus indispensables de ces volumes, *Clinique de prothèse dentaire*, dû à la plume de M. P. Martinier, l'érudit professeur de prothèse à l'École dentaire de Paris, fut écrit dans cet esprit, et tout ce qui a rapport à la clinique de prothèse y fut traité par lui d'une façon aussi complète que concise. De là la faveur dont jouit ce volume adopté par les écoles dentaires françaises, de là le prompt épuisement de cette première édition.

Dans la seconde édition publiée par J. B. Baillière et qui vient de paraître, l'auteur a dû diviser son œuvre en deux volumes pour augmenter le nombre des chapitres et donner ainsi à la prothèse orthopédique, chirurgicale et restauratrice des maxillaires une plus large place.

Cette seconde édition arrive donc à son heure, aujourd'hui que les Facultés de médecine exigent surtout la preuve de connaissances de prothèse clinique dans leurs examens, sans doute dans la certitude qu'il ne dépendra que du chirurgien-dentiste les possédant déjà d'acquérir par la suite la pratique et l'expérienee de la prothèse.

Aussi l'auteur s'efforce-t-il de simplifier dans son livre, pour l'élève, l'étude de la prothèse clinique. Ses conseils sur la préparation de la bouche pour la pose d'appareils buccaux quelconques sont du plus haut intérêt pour le débutant; aussi y consacre-t-il un long chapitre. La prise des empreintes et l'opportunité de choisir telle ou telle substance, l'emploi presque exclusif, aujourd'hui, du plâtre à cet effet, y sont l'objet d'une méticuleuse description.

Les difficiles et ingrates manœuvres, pour l'étudiant, de la prise d'une articulation exacte sans laquelle nul appareil de prothèse ne peut rendre de réels services, au point de vue physiologique, y sont décrites si clairement que l'étudiant, après cette lecture, ne considère plus avec inquiétude cette opération préliminaire. Enfin le choix judicieux des substances destinées à la confection des appareils, du système d'appareils à exécuter, leur pose, leurs retouches, les inconvénients qu'ils peuvent provoquer, sont exposés avec concision et clarté dans quelques pages où l'auteur fait preuve de la plus mûre expérience.

Si, dans cette première partie du volume, le professeur a initié l'élève aux subtiles manœuvres cliniques de l'art prothétique, il lui rend facile dans la seconde l'étude de l'orthodontie, qui est plutôt une science. Il est de fait qu'un visage aux lignes régulières inspire, à première vue, davantage la sympathie qu'un faciès malformé. Il est certain que les maxillaires et les dents jouent en esthétique un très grand rôle. Aussi s'efforce-t-on toujours de plus en plus de porter remède à leurs irrégularités. L'auteur, avec l'autorité et toute la compétence qui lui sont bien spéciales en cette branche de notre profession, parle successivement des méthodes en général et de tous les procédés particuliers connus, et nous pouvons dire qu'aucun livre sur ce sujet n'est aussi complet, tout en n'étant qu'un résumé.

Toutes les méthodes : brusque, chirurgicale, lente, avec ou sans appareils, sont minutieusement analysées, recommandés ou contre-indiquées suivant les cas. Ensuite, abordant toutes les variétés d'irrégularités dentaires proprement dites et leurs subdivisions, redressements simples ou compliqués, extenseurs des maxillaires, appareils pour prognathismes, l'auteur entre dans la description des appareils et procédés les plus efficaces dus à l'ingéniosité des Catelan, Angle, Younger, Loup, Magill, Gaillard, Farrar, Patrick, Byrnest, Jackson, Guilford, Cl. Martin, Kingsley, Martinier, Francis Jean, Cecconi, Godon, Douzillé, Bonnard, Case, qui se sont acquis en orthodontie une réputation méritée. Enseigner à l'étudiant comment agissent les appareils et comment les tissus sur lesquels ils agissent se comportent; leur apprendre à discerner à propos la méthode à choisir, à adapter l'appareil de tel ou tel spécialiste cité ci-dessus était une tâche complexe et ingrate; mais tant au point de vue didactique que technique,

l'auteur s'en est tiré avec honneur pour lui, avec profit pour l'étudiant, qui, après avoir fait l'observation d'un cas particulier, choisira facilement dans ce livre, où cinquante figures sont intercalées dans le texte, l'appareil spécial approprié au cas à traiter.

Parfois aussi, lorsque se présentera au praticien un de ces rares cas où la mémoire se trouve en défaut, il y retrouvera pour l'application d'un procédé particulier des indications précises qui lui éviteront des recherches oiseuses et une perte de temps.

Une critique pourtant doit être faite à cet ouvrage destiné aux débutants.

Le professeur n'aurait-il pu, au cours de certains chapitres, rappeler à propos les plus élémentaires notions de prothèse pratique, exposer le *modus faciendi* de tel ou tel appareil de prothèse dentaire ou orthopédique ? Pense-t-il que le simple examen de gravures, facilement comprises par un praticien expérimenté — et cela quant à l'exécution elle-même des appareils — soit suffisant pour l'étudiant ? Ce court *memento* des multiples manipulations du laboratoire aurait-il trop grossi le volume ? Ou bien l'auteur se propose-t-il d'écrire à ce sujet un traité spécial ? Dans ce cas, ce complément de son œuvre ferait un tout dont le besoin se fait sentir pour les étudiants en chirurgie dentaire, dont l'instruction professionnelle est notre grand souci à tous et pour lesquels nous ne saurions jamais assez simplifier les sujets d'étude.

En attendant ils trouveront dans la seconde édition du livre du professeur Martinier la description des procédés les plus nouveaux dans l'art si minutieux de la prothèse et des indications sur l'opportunité de leurs applications.

L'accueil réservé à ce volume d'enseignement récompensera amplement l'auteur de son travail, œuvre de science, œuvre de maître.

L. Delair.

---

## Livres reçus.

Nous avons reçu une brochure contenant toutes les communications et démonstrations faites par M. Subirana au Congrès de Madrid dans la Section d'Odontologie et dont M. Martinier a rendu compte dans ses articles.

Nous avons reçu également un petit ouvrage de 36 pages sur les laboratoires de recherches physiologiques Wellcome, dirigés par M. Walter Dowson et situés à Brockwell Hall, Herne Hill, Londres (Sud-Est). Ce volume est illustré d'un certain nombre de gravures.

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

---

## ALLIAGE DENTAIRE

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

## CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. 109 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1902 : 36 reçus sur 44 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901 et 1902 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ❦ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

## CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

## FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

**Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

**Reymond frères**
- 22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

***Société coopérative des dentistes de France,*** 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** — 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214.47.** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

*Voir la suite page 124.*




## Bureau de la Société d'Odontologie.

Dans sa séance du 21 juillet la Société d'Odontologie de Paris a procédé au renouvellement de son bureau, qu'elle a constitué de la façon suivante pour 1903-1904.

*Président :* M. Loup.
*Vice-présidents :* M. Touvet-Fanton.
M. Delair.
*Secrétaire :* M. Blatter.

Rappelons que M. Friteau, nommé secrétaire général pour trois ans, il y a quelques mois, n'était pas soumis à la réélection.

---

## American Dental Society of Europe.

La prochaine réunion de la Société dentaire américaine d'Europe aura lieu à Hambourg en 1904 sous la présidence de M. J. H. Mitchell.

---

## Erratum

C'est par erreur que dans le numéro du 30 juin, p. 633, nous avons donné à M. J. H. Spaulding le titre de *président de l'American Dental Club of Paris.* Notre confrère nous informe qu'il ne fait plus partie de cette Société depuis octobre 1900.

## AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

23e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1903 VOL. XXX




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

---

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

## *RAPPORT ANNUEL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL*

Présenté à l'Assemblée générale du 21 juillet 1903.

Messieurs,

La session qui va se terminer ce soir par le remplacement du bureau que vous avez nommé au mois de décembre 1902, apparaît dans l'ensemble comme particulièrement fructueuse. Nous avons pu faire en sept mois neuf réunions du soir, et chacune d'elles a toujours eu un ordre du jour aussi chargé qu'intéressant : les communications qui y ont été apportées n'étaient pas moins remarquables par les idées qu'elles exposaient que par la personnalité de leurs auteurs ; c'est ainsi que, un professeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, un professeur d'une Université américaine nous ont jugés dignes d'entendre leur voix autorisée sur des questions du plus haut intérêt scientifique. De pareils maîtres encadrent dignement le tableau de ceux de nos collègues, membres du corps enseignant de notre Ecole et membres provinciaux ou parisiens de notre Société, qui nous ont apporté le fruit de leurs études. Nous avons tous eu le plaisir de constater, à chaque réunion, un nombre sans cesse croissant de nos collègues, et si votre bureau a fait quelques efforts pour obtenir, avec la régularité des

réunions, le concours précieux de ses membres les plus autorisés, il a été largement récompensé, par l'empressement que chacun a mis à venir écouter les communications promises. Nous avons plaisir à rappeler que le grand amphithéâtre de l'Ecole, mis à notre disposition, a maintes fois vu tous ses gradins remplis d'auditeurs attentifs. Notre Société a donc travaillé, et, puisque le travail amène le progrès, nous pouvons dire avec fierté que, durant la session 1902-1903, la Société d'Odontologie de Paris a progressé, suivant la marche régulièrement ascendante des années précédentes.

Nos travaux ne se sont pas bornés à des communications de théorie pure, et nous avons pu, grâce au concours de collègues autorisés, organiser des séances de démonstrations, au cours desquelles des procédés spéciaux de technique opératoire ont été mis en pratique. Ces séances de démonstrations ont été, pour la plupart, organisées avec nos seules forces; l'une d'elles, la plus fructueuse, a été organisée, avec le concours de la Société Odontotechnique, à l'occasion de la réunion annuelle de la Fédération dentaire nationale. Le succès de ces démonstrations de pratique professionnelle a été grand, et il ne manquera pas d'engager le nouveau bureau que vous allez nommer à en augmenter le nombre.

Enfin, ne voulant pas rester étrangère à aucune manifestation scientifique, la Société d'Odontologie a désigné deux de ses membres les plus compétents, MM. Martinier et Roy, pour la représenter au XIV$^{e}$ Congrès international de médecine et à la III$^{e}$ session de la Fédération dentaire internationale.

Dans nos réunions scientifiques, toutes les branches de l'art dentaire ont été abordées : la pathologie générale et spéciale, l'enseignement, l'anatomie, la prothèse, la dentisterie opératoire, la thérapeutique, l'anesthésie, ont été l'objet de travaux importants, dont le nombre est tel que, pour ne pas en oublier dans mon rapport, je les classerai par ordre de matière.

La pathologie générale a eu l'honneur d'être représentée par un anatomo-pathologiste éminent, le PROFESSEUR PETIT, de l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Chacun de nous se rappelle la remarquable conférence de M. Petit sur les *tumeurs des mâchoires chez les animaux:* nous ne savons trop ce qu'il faut le plus rappeler de l'éloquence captivante du maître, de sa méthode claire et concise, de son intensive érudition. Ce jour-là, nous avons revu, en quelques instants, un des plus importants chapitres de notre pathologie générale, et la clarté du conférencier a été telle que la récolte a été fructueuse pour nos cerveaux. Nous avons appris ce que les laborieux travaux du maître lui ont permis de découvrir et de classer, et ce qui est mieux, grâce au talent pédagogique de M. Petit, nous avons pu garder ce qu'il voulait nous apprendre.

Le professeur de pathologie spéciale de notre Ecole, le Dr FREY, nous a donné le résultat de ses travaux personnels sur un autre chapitre de pathologie ; son travail sur le *terrain en odontologie* nous a montré la complète érudition de notre distingué confrère ; chacun pourra consulter avec fruit la communication du Dr Frey, lorsqu'il cherchera d'utiles renseignements sur l'influence du terrain sur les troubles bucco-dentaires et sur l'influence des troubles bucco-dentaires sur le terrain. Cette question complexe est magistralement exposée.

M. CARDON nous donne ce soir une étude très complète sur les *calculs salivaires* accompagnée d'une observation personnelle tout à fait intéressante. Nous ne pouvons que remercier notre confrère de ses efforts et de sa précieuse collaboration.

Une question d'enseignement a été traitée devant nous par un homme qui, de l'autre côté de l'Océan, fait autorité en matière d'anatomie spéciale, le PROFESSEUR CRYER, de Philadelphie. Notre savant confrère ne s'est pas contenté de nous exposer ce que l'étudiant dentiste doit connaître de l'anatomie générale et spéciale ; il s'est attaché à nous

exposer ce qu'il pense être la meilleure méthode d'enseignement de l'anatomie ; nous avons vu défiler sous nos yeux toute une série de photographies de coupes faites sur des cadavres spécialement préparés, photographies destinées, d'après notre confrère américain, à remplacer les figures schématiques qui font la base de l'enseignement de l'anatomie dans les diverses facultés de notre pays. Le succès de cette démonstration a été considérable et nos applaudissement ont montré au professeur Cryer la haute valeur que nous attribuions à la méthode qu'il préconise.

L'anatomie spéciale a fait l'objet d'une remarquable communication de notre président, M. CHOQUET. Avec la compétence que lui donne sa situation de professeur d'anatomie dentaire à l'Ecole, M. Choquet traite de magistrale façon cette si aride et si complexe question de l'*articulation dentaire* ; il étudie les rapports existant entre l'articulation dentaire et l'articulation temporo-maxillaire, et il donne de cette articulation dentaire une définition qui nous paraît parfaite. Le travail de pure théorie de notre distingué président fera accomplir un grand pas à la question des articulateurs et des mouvements du maxillaire inférieur.

M. DE CROES, que nous retrouverons dans les travaux de dentisterie opératoire, aborde, dans un mémoire très documenté, une question qui tient autant à l'anatomie qu'à la prothèse de redressement. Rompant en visière avec les vieilles formules, M. de Croës donne une nouvelle classification des *déformations des maxillaires* et il montre leurs *rapports avec l'esthétique faciale.*

Ces deux communications de MM. Choquet et de Croës ont été accompagnées de projections lumineuses, qui nous ont permis de suivre, dans leurs plus infinis détails, les démonstrations de nos confrères : l'aridité d'une communication purement scientifique a disparu avec ces projections : avec cette double voie de pénétration par l'ouïe et la vue, les divers travaux de MM. Choquet et de Croës resteront gravés dans notre mémoire et les efforts de nos con-

frères seront récompensés puisqu'ils nous auront instruits.

La liste des travaux d'anatomie sera close lorsque j'aurai parlé de l'intéressante observation de M. LAURENT, qui nous a relaté la présence sur le maxillaire inférieur d'un homme de 27 ans d'une prémolaire supplémentaire.

Les prothésistes ont rivalisé d'entrain avec les anatomistes et leurs remarquables travaux n'ont pas été moins nombreux. La prothèse restauratrice a été l'objet de communications importantes de trois de ses représentants les plus autorisés, *MM. Martinier, Delair et Gillard.*

Champion de la prothèse médiate, le savant professeur de prothèse de notre Ecole, M. MARTINIER, nous a donné deux observations de cette prothèse spéciale dans laquelle sa compétence est indiscutable. Nous avons admiré un maxillaire inférieur porté par une malade, depuis quelques mois déjà, sans aucune gêne et surtout sans aucune déformation esthétique. Notre examen s'est arrêté longuement sur une autre pièce prothétique destinée à remplacer une moitié de maxillaire supérieur, et nous avons approuvé autant le mode de fixation de cet appareil que la restauration esthétique obtenue. Notre confrère ne s'est pas contenté de nous apporter ces deux observations: il a donné à la méthode qu'il préconise des règles simples qui devront permettre à chacun de construire des appareils de prothèse médiate.

La prothèse immédiate a fait un nouveau pas de géant avec les travaux de M. DELAIR sur la porcelaine employée comme substance restauratrice. Les expériences n'étaient pas encore terminées que M. Delair, voulant donner à notre Société la primeur de son invention, nous apportait une note où il nous faisait entrevoir les avantages innombrables de sa nouvelle méthode de prothèse squelettique.

C'est encore M. DELAIR qui, infatigable champion de la prothèse immédiate, nous apporte, il y a quelques mois, le remplacement d'un frontal par une plaque d'or ajouré. Notre sympathique confrère a dû être largement récom-

pensé de ses efforts par l'accueil fait à son travail, non seulement à notre Société, mais encore à la Société de chirurgie : un mois après la résection d'une moitié de l'os frontal, le malade se présentait à nous sans aucune déformation, avec une plaque restauratrice absolument fixe et immuable. Nous ne savons trop lequel applaudir le plus du prothésiste qui a conçu et construit ce frontal métallique, ou du chirurgien éminent, le professeur Sébileau, qui, en plein tissu infecté, a pu réaliser aseptiquement, sans aucune infection secondaire, la fixation de la plaque métallique.

Un autre représentant, non moins autorisé que les deux précédents, de la prothèse restauratrice, M. GILLARD, nous a communiqué le résultat d'une restauration vélo-palatine par le voile de Sercombe avantageusement modifié. Nous avons vu un voile extrêmement simple, tel que tout praticien peut en construire, donner des résultats phonétiques parfaits. Il n'est pas douteux que cette perfection de la phonation était due à l'habileté du praticien qu'est M. Gillard bien plus qu'à la bonne volonté et à l'éducation phonétique de la malade.

*MM. d'Argent* et *Touvet-Fanton* ont été les seuls représentants de la prothèse dentaire, dont les applications si nombreuses auraient dû produire de plus multiples travaux.

M. D'ARGENT nous a présenté l'*appareil de Wiederkehr* pour la fabrication des couronnes métalliques. Cet appareil permet de faire rapidement des couronnes, soit en tenant un compte scrupuleusement exact des contours de la dent à restaurer et de son articulation avec les dents antagonistes, soit sans tenir un compte aussi exact de ces contours et de cette articulation. La fabrication d'une couronne sans soudure avec l'appareil de Wiederkehr est rapide et facile : M. d'Argent a fait œuvre utile à tous en le présentant à la Société d'Odontologie : cet appareil mérite d'être vulgarisé au même titre que ceux de Sharp et de Kidder.

M. TOUVET-FANTON nous a apporté le fruit de son expérience journalière ; il nous a donné, avec son *procédé de*

*succion simple*, un moyen de rétention qui est appelé à rendre de grands services pour la fixation des appareils à plaque, particulièrement dans les cas où le palais plat rend la fixation immédiate si difficile. Le procédé de M. Touvet-Fanton est très simple, et c'est ce qui explique le succès obtenu par l'auteur auprès de tous ses confrères.

Les travaux de dentisterie opératoire et de thérapeutique spéciale ont été très remarqués ; ce sont ceux de MM. de Croës, Cahen, Jarriot et Dérud, Granjon, Ott et Cardon.

M. DE CROES, dont j'ai déjà signalé le remarquable mémoire d'anatomie, a donné à la Société une théorie de l'*extraction dentaire* qui dénote chez son auteur des connaissances de mécanique complétées par une pratique raisonnée. L'attribution de chaque instrument d'extraction à l'une des trois variétés de levier est faite avec une dialectique serrée, et la théorie de notre sympathique confrère rendra de grands services à ceux qui doivent enseigner aux étudiants dentistes la pratique des extractions. De nombreuses projections, de nombreuses pièces de démonstrations ont accompagné le long mémoire de M. de Croës. La valeur de ce travail a été consacrée par une discussion fort longue, au cours de laquelle MM. Godon et Serres, d'une part, M. de Croës, d'autre part, chacun avec leur compétence reconnue, ont soutenu leurs arguments et réfuté leurs objections réciproques. Un tel travail, une telle discussion n'honorent pas seulement ceux qui y prennent part ; ils honorent aussi la Société qui les entend.

M. CAHEN a produit un très intéressant travail sur l'emploi en art dentaire d'un nouveau médicament, le *collargol* ou argent colloïdal. Les expériences de M. Cahen sur l'emploi du collargol dans le traitement des caries du 3ᵉ et du 4ᵉ degré ont vivement intéressé les membres de la Société, et nous espérons que, fidèle à sa promesse, M. Cahen nous apportera bientôt de nouveaux faits qui nous autoriseront à ajouter à notre arsenal thérapeutique ce nouveau produit.

MM. JARRICOT et DÉRUD nous ont donné d'utiles en-

seignements dans deux mémoires successifs ; l'un, le *curage automatique des canaux radiculaires,* l'autre, l'*emploi de l'hémophényl en art dentaire,* dénote chez nos confrères une connaissance complète de la chimie et une habileté opératoire incontestable. Les méthodes nouvelles que préconisent MM. Dérud et Jarricot ont séduit beaucoup de membres de notre Société : l'effet sera plus grand après la démonstration pratique sur laquelle nous comptons.

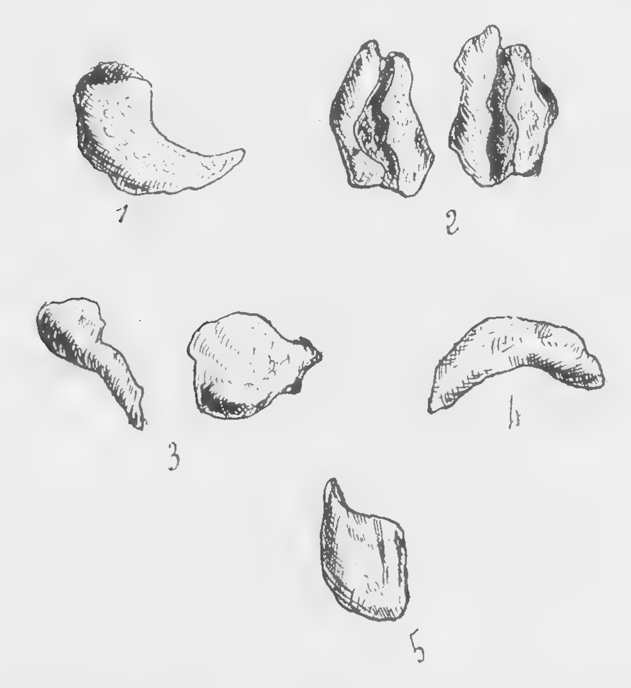
Le Dr GRANJON n'a pas voulu quitter les bancs de notre Ecole sans nous communiquer le résultat de ses travaux sur l'*emploi de l'adrénaline en art dentaire.* Dans une conférence très documentée, remplie de faits du plus haut intérêt, notre jeune confrère nous a vanté les multiples emplois de l'adrénaline en chirurgie dentaire, et il a publié de nombreuses observations où, associée à doses infinitésimales avec la cocaïne, l'adrénaline augmente considérablement, et sans danger, le pouvoir anesthésique de la cocaïne. Le succès remporté par le Dr Granjon près de tous ses confrères ne pourra que l'encourager à nous confier à l'avenir le résultat de ses travaux et de ses expériences.

Les *crampons de platine pour obturations de porcelaine,* présentés par M. OTT, rendront de notables services dans l'emploi de ce procédé d'obturation, et la porcelaine verra se grouper autour d'elle de nouveaux adeptes grâce à cet ingénieux mode de rétention dans les cavités dentaires.

Enfin M. CARDON nous a communiqué, par l'intermédiaire d'un de nos plus fidèles membres, M. SAUTIER, une observation intéressante de *réimplantation* d'une incisive supérieure, suivie, au bout d'une dizaine d'années, d'une résorption presque totale de la racine.

Après cette longue énumération de nos travaux de dentisterie opératoire, il me reste à parler des communications ayant trait à l'anesthésie. Trois de nos confrères, et non des moins autorisés, ont apporté à nos réunions d'intéressants mémoires sur cette partie de notre technique, et chacun de ces mémoires a été l'objet d'importantes discussions, qui

## CALCULS SALIVAIRES DU CANAL DE WARTHON




1. Calcul salivaire du canal de Warthon (Schultzius, 1672), emprunté à la thèse de M. de Closmadeuc.
2. id. id. (de Closmadeuc, Bicêtre, 1855).
3. id. id. (Gerard Blasius, 1677).
4. id. id. M. Duplay, 1874, emprunté au *Traité de pathologie externe* de MM. Follin et Duplay.
5. id. id. Observation de M. Cardon (Société d'Odontologie de Paris. Séance du 21 juillet 1903).

ont prouvé l'attrait considérable exercé par les anesthésiques sur la plupart d'entre nous.

Nous avons eu le plaisir d'entendre M. TOUVET-FANTON, préconiser un nouveau procédé d'*anesthésie générale par les vapeurs de coryl mélangées à l'air atmosphérique.* La technique de ce procédé est exposée avec méthode et ceux d'entre nous qui se livrent dans leur clientèle à l'application fréquente des anesthésiques de courte durée trouveront dans le travail de notre confrère un grand nombre de remarques du plus haut intérêt. Le procédé de M. Touvet-Fanton ne nécessite aucune instrumentation spéciale ; à ce titre comme à beaucoup d'autres il a valu à notre confrère de nombreuses et méritées félicitations.

La cocaïne a tenté MM. Loup et Sauvez, et pour qui connaît la compétence de chacun de ces deux opérateurs, il devait sortir de leurs travaux des procédés opératoires nouveaux.

M. LOUP, avec une minutie extrême, décrit un procédé d'injection, qu'il pratique depuis quelques années et dont la principale innovation consiste à prendre, comme lieu d'élection de l'injection de cocaïne, le bourrelet gingival qui enserre le collet de la dent ; dose à employer, temps séparant l'injection de l'extraction, titre de la solution, état d'âme de l'opéré, etc. tout est traité avec un luxe de détails de la plus grande utilité. L'auteur d'un pareil travail est bien l'opérateur habile, le clinicien délicat que nous connaissions déjà en M. Loup.

Avec le Dr SAUVEZ, nous passons en revue la *technique générale de l'anesthésie dentaire par la cocaïne.* S'appuyant sur des faits cliniques, notre confrère réfute les arguments des adversaires de cet agent anesthésique, et il montre que, employée suivant des règles qu'il expose avec méthode, la cocaïne n'offre aucun danger d'intoxication. Ce travail, émanant d'un praticien aussi expérimenté que le Dr Sauvez, était nécessaire pour réhabiliter la cocaïne aux yeux du public, un instant effrayé par certaines déclarations pessimistes faites récemment à l'Académie de médecine.

J'en aurai fini avec la liste des travaux de la Société d'Odontologie, lorsque j'aurai signalé d'intéressantes améliorations apportées à notre instrumentation : la *nouvelle pharmacie de M. Schwartz*, présentée par M. LEMERLE, l'*appui-tête* de M. SAUTIER sont deux innovations heureuses ayant de multiples indications dans notre pratique spéciale.

Il ne m'est pas moins agréable de rappeler que le bureau de notre Société a reçu un certain nombre de legs qui sont allés enrichir le musée ou la bibliothèque de l'École :

M. Debray a offert au Musée des anomalies radiculaires intéressantes.

M. Cardon a donné à la Bibliothèque un volume d'anatomie datant du XVII^e siècle et enrichi de belles gravures.

M. Platschick nous a donné, au nom de M. Meifren, de Barcelone, un four électrique, à fil changeable et à transformation facile en réchaud.

M. Martinier nous a remis, presque avant la lettre, le premier volume de la nouvelle édition de son *Manuel de prothèse*.

J'ai dit, au début de mon rapport, que notre Société, se préoccupant de toutes les manifestations extérieures, avait désigné deux de ses membres les plus éclairés pour la représenter aux réunions scientifiques de Madrid. Ces deux délégués nous ont donné de consciencieux rapports, et nous avons su, par M. le D^r Roy, ce qui s'était passé à la Fédération dentaire internationale, et par M. Martinier, ce qui s'était passé au Congrès international de médecine. Le D^r Roy, avec ce souci de l'exactitude et de l'ordre qui caractérise ses travaux, nous a donné sur les questions d'enseignement un rapport extrêmement documenté. M. Martinier, qui avait pu se procurer un grand nombre des travaux originaux du Congrès, nous a analysé rapidement les principales communications faites au Congrès de Madrid ; nous n'avons pu reproduire son rapport, parce que notre confrère avait des communications à publier *in extenso*, et que ces commu-

nications, publiées chez nous avant le compte rendu du Congrès, auraient perdu leur fraîcheur à être analysées. Nos deux délégués ont donc rempli leur tâche avec un zèle admirable, et nous ne pouvons que les en remercier.

Les séances de démonstrations pratiques du dimanche nous ont permis de montrer à nos confrères un certain nombre de procédés opératoires nouveaux. Il serait vraiment puéril d'analyser ces démonstrations : je me contenterai seulement de rappeler :

La démonstration probante de M. Bonnard sur l'emploi de la nirvanine comme anesthésique local.

L'habileté de M. Gillard prenant en quelques minutes un moulage en plâtre de la face.

La démonstration si appréciée de M. le Dr Siffre sur le traitement du 4e degré par l'acide sulfurique.

L'expérience concluante de M. Loup nous montrant les résultats anesthésiques obtenus par l'injection de cocaïne dans le bourrelet gingival.

La démonstration de la stérilisation de la dentine, si simple et si efficace, par M. Choquet.

Les anesthésies de M. Blatter avec cet agent, dont l'éloge n'est plus à faire, le somnoforme.

La démonstration de la succion de M. Touvet-Fanton qui eut l'honneur d'être faite par M. Platschick.

La démonstration d'aurification faite par M. Palermo.

Les extractions que votre secrétaire général a eu l'honneur de faire dans la position de Röse, sous le sommeil chloroformique.

A l'occasion de la F. D. N. le bureau de la Société d'Odontologie a organisé avec la collaboration du bureau de la Société Odontotechnique trois séances de démonstrations qui nous ont permis de montrer à nos confrères, français et étrangers, nombre de procédés opératoires mis en pratique par d'habiles opérateurs. Ces séances ont été fort appréciées, mais, à mon avis personnel, elles n'ont pas donné les résultats que l'on pouvait en attendre. Le bureau

que vous allez nommer ce soir trouvera auprès de votre secrétaire général, dont le triennat augmente l'autorité et la compétence en matière d'organisation, les renseignements qui lui permettront de faire mieux à l'avenir. Il lui faudra obtenir des démonstrateurs futurs une plus grande régularité : c'est un honneur de venir faire à notre Société une démonstration pratique ; celui qui accepte cet honneur doit se rappeler sans cesse que le consentement donné à la publication de son nom sur le programme, constitue pour lui un engagement moral de faire la démonstration promise. Nos confrères se déplacent pour voir l'application d'un procédé qui les intéresse ; et il ne faut pas que leur déplacement soit inutile. Nous obtiendrons avec la régularité des démonstrations un empressement plus grand à assister à nos séances et tout le monde en tirera profit. Je ne vise dans l'expression de mes reproches personnels que les séances de la F. D. N., car, à notre Société, aucun concours, aucune bonne volonté ne nous a fait défaut, et le bureau a le juste devoir de le constater.

Il serait trop long d'analyser, même en quelques mots, les travaux pratiques de ces séances de la F. D. N. ; nos confrères de la Société d'Odontotechnie nous ont largement apporté leur concours et nous devons les en remercier publiquement ; je me contenterai de publier les noms de ces divers démonstrateurs, MM. Lewet, Lemerle, Delair, Richard-Chauvin, Siffre, Hivert, Page, Heïdé, Gastal, Blatter, Loup, Touvet-Fanton, Choquet, Ledoux, Palermo, Amoëdo, Dérud, Jarricot, et votre secrétaire général. A cette longue liste je dois ajouter spécialement le nom de notre confrère Brunslow, de Bruxelles, qui s'est déplacé pour nous montrer d'intéressants appareils de redressement.

L'exposition d'instruments que, grâce au concours de notre Ecole, nous avions organisée, a obtenu un grand succès, et nos fabricants, MM. Ash, Deglain, Conteneau et Godart, Riasse, Ott et Wirth, nous avaient apporté des expositions vraiment remarquables.

Tel est, Messieurs, le bilan des travaux de notre Société. Vous penserez avec le bureau que nous avons cette année contribué largement à l'accroissement de nos connaissances: depuis les plus anciens jusqu'aux plus jeunes de nos membres, chacun a apporté une pierre à l'édifice que nous construisons. Le bureau est heureux d'exprimer toute sa reconnaissance à ses nombreux collaborateurs et il se félicite d'avoir eu l'honneur de représenter la Société d'Odontologie durant une session qui a été particulièrement laborieuse et féconde.

Mon compte rendu, pour être complet, doit contenir les faits relatifs à notre administration proprement dite. Nous avons choisi, pour nous représenter dans nos rapports avec le bureau de l'Ecole, deux de nos membres appartenant aux deux bureaux de la Société et de l'École, MM. Blatter et Friteau. Nous avons eu à nommer les cinq délégués de la Société d'Odontologie à la Fédération Dentaire Nationale, et nous n'avons pas cru devoir faire un autre choix que celui que vous aviez fait vous-même ; aussi nous avons nommé comme délégation à la F. D. N. les cinq membres du bureau de la Société.

Enfin nous avons modifié le service de sténographie, et nous avons pu ainsi donner aux comptes rendus de nos réunions une exactitude plus complète. Cette réorganisation du service sténographique est la seule raison de l'amélioration de la rédaction de nos procès-verbaux : le champ des discussions pourra donc s'étendre puisque les paroles seront plus fidèlement reproduites.

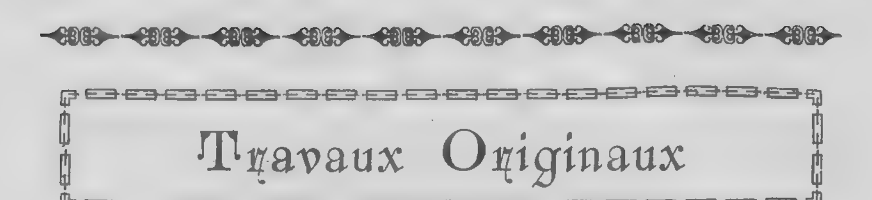
Le journal *L'Odontologie* a publié tous nos travaux et tous nos procès-verbaux avec une grande régularité, et il serait injuste de ne pas en remercier la Rédaction.

Il nous reste maintenant un désir à formuler : c'est que le bureau, que vous allez choisir avec votre sagacité habituelle, ait l'honneur de grouper un ensemble de travaux plus considérable encore que celui que nous avons su grouper durant cette courte mais très fructueuse session.

Pour terminer, Messieurs, permettez-moi, contrairement

à l'usage, d'adresser mes remerciements personnels à tous les membres de la Société et du bureau qui ont, par leur bienveillance et leur sollicitude, facilité ma tâche de secrétaire général. Au milieu de la joie que j'éprouve à publier un rapport d'une session aussi productive, il vient à mon esprit une idée de tristesse à la pensée de quitter, parce que ma fonction est devenue moins éphémère que la sienne, le président actif et instruit qui a guidé mes premiers pas dans le secrétariat ; si ma fonction a été remplie avec efficacité, c'est à lui que je le dois, et je tiens à lui en rendre un public hommage ; il m'est donc pénible de le quitter après une collaboration si courte, que des rapports de sympathie et d'amitié ont paru encore abréger ; vous ne m'en voudrez pas, Messieurs, de déroger aux usages pour dire bien haut ce que mon cœur ressent d'amitié et de gratitude pour notre cher et sympathique président.

D[r] E. FRITEAU.




## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉORIE MÉCANIQUE DE L'EXTRACTION

*Réponse à l'article de M. de Croës.*

Par MM. Ch. Godon et Serres.

Dans la communication faite en 1896, nous avons eu pour but de présenter une théorie mécanique de l'extraction des dents, schématisée pour ainsi dire, réduite à sa plus simple expression et au cas le plus général. Il nous a paru intéressant de raisonner l'opération, de façon à fournir à l'enseignement une base sur laquelle pouvaient venir se greffer les différents cas particuliers.

Aujourd'hui, M. de Croës reprend la question et nous l'en félicitons, mais il y introduit justement quelques-uns des cas particuliers que nous n'avions pas traités. En outre, dans le cas général, sa théorie diffère de la nôtre sur quelques points essentiels. Nous allons essayer, dans notre réponse, de faire ressortir les uns et les autres.

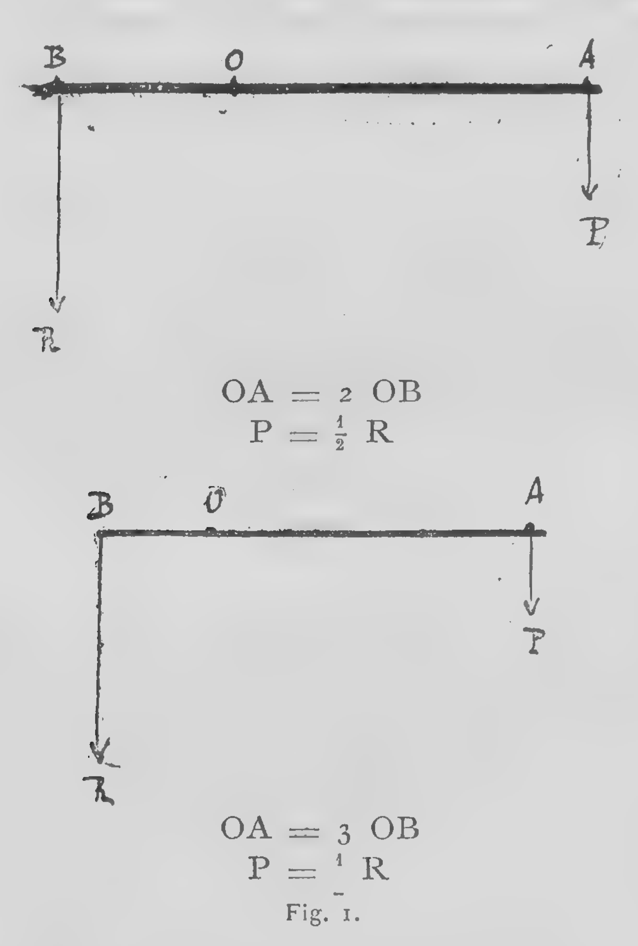
Nous ne reviendrons pas sur la théorie du levier, connue de tout le monde et que l'on trouve dans tous les traités de mécanique et de physique, voire dans les livres d'histoire naturelle. Nous signalerons seulement un énoncé erroné de M. de Croës (p. 433, ligne 2):

« La puissance doit toujours être supérieure à la résistance. »

Cet énoncé est en contradiction avec la loi d'équilibre du levier, donnée d'ailleurs dans le paragraphe suivant (2°), que le rapport de la puissance à la résistance est égal à l'inverse des bras de levier : il en résulte, en effet, que si la puissance P agit à l'extrémité d'un bras de levier OA double, ou triple

du bras de levier OB de résistance, elle ne sera que la moitié ou le tiers de cette résistance R (fig. 1).

Dans la théorie des appareils eux-mêmes, il y a conformité entre nous pour le pied-de-biche, dans le mouvement de renversement ; mais, dans notre communication nous avions




$OA = 2\ OB$
$P = \frac{1}{2}\ R$

$OA = 3\ OB$
$P = {}^{1}\ R$

Fig. 1.

aussi signalé le mode d'action du pied-de-biche, comme coin au moment de l'enfoncement, avec point d'appui sur le bord alvéolaire opposé.

M. de Croës dit que la clef de Garangeot est un levier du 3e genre ; mais la figure, telle qu'il la donne, en fait un levier du 1er genre, le point d'appui O étant placé entre la puissance P et la résistance R, ce qui nous paraît en effet conforme à la réalité (fig. 2).

Coleman, dans son *Manuel de chirurgie et de pathologie dentaires pratiques,* publié en 1885, est du même avis. En effet, il dit page 189 : « La clé agissait comme un levier du 1er genre extrêmement puissant. »

Pour les élévateurs, et en particulier pour la langue de carpe, nous rencontrons justement un cas particulier dont nous n'avons pas parlé. Nous plaçant à un point de vue très

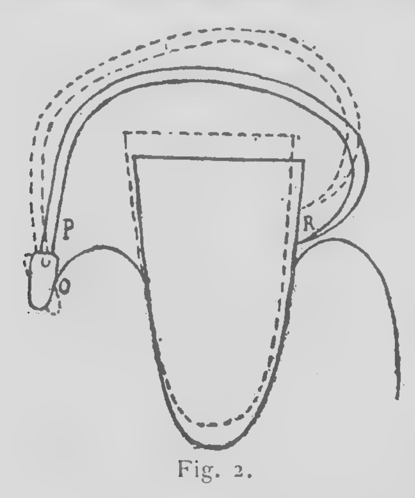



Fig. 2.

général, nous n'avons considéré pour ces appareils que le mouvement d'enfoncement, où l'élévateur agit comme un coin, et celui de renversement, où il est levier du 1er genre ; tout le monde est d'accord sur ce point. Tomes, dans son *Traité de chirurgie dentaire,* traduit par Darin, en 1873, dit page 632 : « Il n'est pas rare qu'une opération puisse avantageusement commencer en se servant de l'élévateur comme d'un levier du 1er genre et se terminer en employant l'instrument pour pousser la dent à extraire hors de son alvéole. »

Avant le mouvement de renversement, M. de Croës considère le mouvement de rotation. C'est un mouvement complémentaire souvent nécessaire en cas de résistance plus grande. Dans ce cas, comme le dit M. de Croës, l'élévateur est un levier du 3e genre.

A signaler qu'il emploie la langue de carpe horizontalement et qu'à notre avis elle doit être employée obliquement.

C'est à propos du davier qu'apparaissent entre les deux théories les divergences les plus grandes.

M. Godon décompose l'extraction des dents au moyen du davier en trois temps : placement des mors, luxation, puis traction, suivant la division adoptée par J. Tomes dans son *Traité de chirurgie dentaire,* publié en 1873, page 607.

Dans le premier temps, chacun des mors, introduit suc-

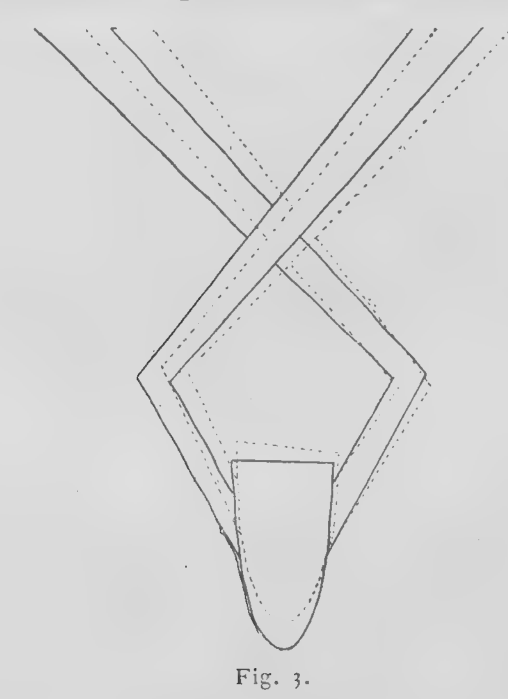


Fig. 3.

cessivement entre la gencive et la dent, agit comme un coin et pousse déjà un peu celle-ci.

Le second temps, la luxation, se fait surtout par des mouvements de latéralité. M. de Croës, plaçant à juste titre la résistance sur le bord alvéolaire, nous fait prendre comme résistance la racine. Nous n'avons jamais parlé de cela : nous avons dit que *la résistance est la force qu'oppose à la sortie de l'alvéole la racine de la dent par sa forme et ses connexions naturelles* (page 31, *L'Odontologie,* 1897), connexions naturelles qui résident dans l'alvéole et le bord alvéolaire. Nous sommes donc d'accord sur la résistance ; mais nous différons totalement sur le point d'appui.

Pour nous, dans les mouvements de latéralité, ce point d'appui est alternativement sur l'un ou l'autre des mors du davier (fig. 3), tandis que pour M. de Croës il est au fond de l'alvéole (fig. 4). En principe, rien ne s'oppose à ce que l'on

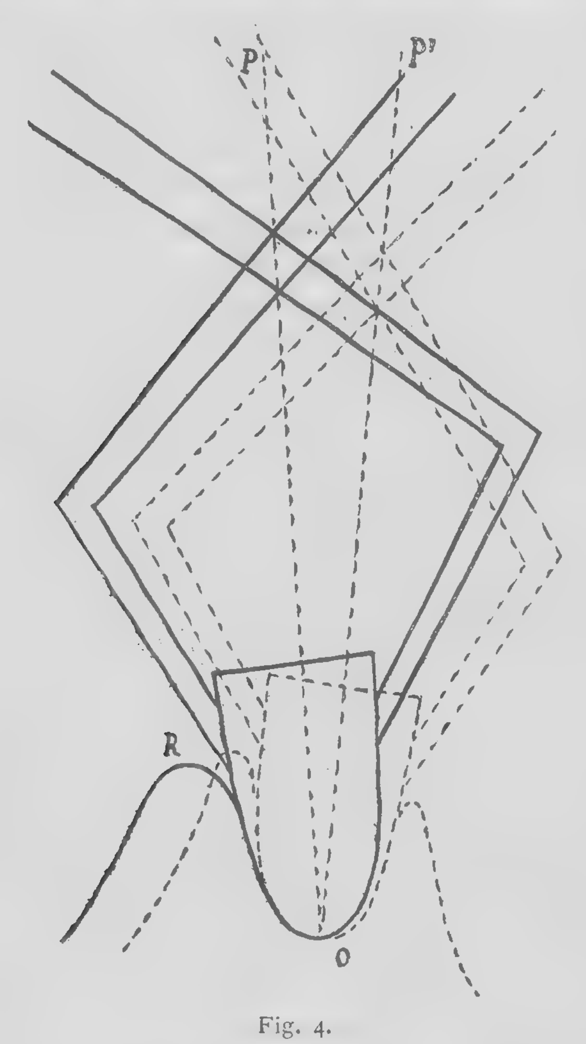



Fig. 4.

choisisse l'un ou l'autre de ces points d'appui, à volonté. Seulement, dans chaque cas, cela correspond à des mouvements un peu différents. Mais s'il est vrai que la luxation *doit se faire par de petits mouvements du poignet et non du coude,* le point d'appui nous paraît placé plus rationnellement en alternant sur chaque mors.

Dans le mouvement de rotation, quelquefois nécessaire, la dent fait corps avec le davier et celui-ci avec la main et l'avant-bras. C'est dans le radius et le cubitus que se passe en réalité le mouvement de ce levier.

D'ailleurs, ce qui complique l'étude des appareils d'extraction et ce qui les rend, comme le remarque M. de Croës, aptes à se prêter le mieux possible aux différents cas, c'est qu'en réalité la dent, l'instrument, l'avant-bras et le bras forment un système de leviers reliés entre eux.

Dans le dernier temps de l'extraction, qui est un simple mouvement de traction, le davier agit comme une pince, avec laquelle on saisit un objet quelconque. Or, la pince est un levier double. Les puissances sont les forces rapprochant les deux branches, les résistances sont les résistances de l'objet (ici, la dent) à l'écrasement que tend à produire le rapprochement des branches, et le point d'appui de chacune des deux branches, considérées chacune comme un levier simple, est bien sur la charnière. Le tout forme un système en équilibre, que le mouvement de l'avant-bras transporte simplement. Coleman, dans son ouvrage déjà cité, est du même avis, qu'il exprime ainsi, page 190 : « Le davier est une sorte de pince, dont les mors présentent une conformation spéciale et dont les manches s'entrecroisent à la charnière, chaque moitié de l'instrument devient *un levier du premier genre ayant son point d'appui commun à la charnière,* et c'est un fait qu'il faut toujours se rappeler quand on saisit une dent qui représente un tube souvent fragile (page 190). »

Et page 217 : « Nous avons déjà comparé l'élévateur à la moitié du davier, mais il serait peut-être plus exact d'appeler celui-ci un élévateur double, comme le forceps obstétrical est un double levier, et beaucoup de praticiens ont sans doute employé l'une des branches du davier à la manière d'un élévateur. »

Il résulte des explications précédentes que les instruments d'extraction n'agissent pas seulement en leviers, mais qu'on peut les rapporter à trois types :

1° Le coin (élévateur, pied-de-biche et davier dans le mouvement d'enfoncement) ;

2° Le levier simple (pied-de-biche, élévateur et langue de carpe dans les mouvements de renversement, davier dans les mouvements de latéralité) ;

3° Le levier double ou pince (davier dans le mouvement de traction).

M. de Croës parle également du tire-fond, qui est un cas particulier non examiné par nous. La mise en place est une simple opération de vissage. Une fois placé et lorsqu'on exerce une traction, la dent, le tire-fond la main et l'avant-bras forment un levier continu et c'est dans l'avant-bras que réside le mouvement du levier. On sait qu'il est du 3e genre.

Voulant procéder du simple ou composé, nous avions étudié les extractions dans un ordre raisonné, différent de celui de M. de Croës passant des élévateurs, qui agissent toujours comme les leviers les plus simples, aux daviers dont le mouvement est plus complet.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

---

**C. Ash et fils** (*Fourn.gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
**J. Fanguet, Georges Clotte**, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
**L. Mairlot** (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
**Mamelzer et fils** (*Man.dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
**Société coopér. des dent. de Fr.**, 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** — **58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris** — **TÉLEPHONE 214-47.** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
**Vve J. Wirth** (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

# OBSERVATION ET ÉTUDE SUR LES CALCULS SALIVAIRES DU CANAL DE WARTHON

Par M. E. Cardon,

Licencié ès sciences naturelles,
Chirurgien-dentiste à Flers (Orne).

## *Observation.*

M. P..., âgé d'une quarantaine d'années, vint me consulter au mois de mars 1903 pour une grosseur qu'il avait sous la langue et pour une fluxion du côté gauche de la mâchoire inférieure.

Il éprouvait depuis cinq à six mois une gêne dans la mastication et dans la prononciation, ayant la sensation d'un corps étranger sous la langue.

Depuis deux mois les douleurs étaient devenues très vives, surtout au moment des repas. Il attribuait ces accidents à un appareil de prothèse. Cet appareil enlevé, je ne trouve aucune blessure.

La région sous-maxillaire gauche est très tuméfiée, rouge et douloureuse ; ne trouvant aucune dent cariée de ce côté, je crus d'abord à un adéno-phlegmon.

Mais un examen plus attentif de la bouche me fit penser à un calcul du canal de Warthon. En effet, le plancher buccal était douloureux et tendu, la muqueuse rouge et enflammée ; sur le côté du frein de la langue, à gauche, un point blanchâtre tranchait nettement sur la couleur de la muqueuse buccale ; avec le doigt passé le long du trajet du canal, je sentis un corps dur au toucher, légèrement mobile. Le canal de Warthon étant légèrement dilaté, il me fut possible de passer une sonde fine qui me permit de déterminer la place du calcul qui se trouvait à environ trois ou quatre millimètres de l'ostium ombilicale. Afin de confirmer mon diagnostic, je conseillais à mon malade de s'adresser à son médecin ; mais, par crainte d'une opération, il ne suivit pas mon conseil.

A la fin d'avril dernier, M. P... revint me trouver et me

remit un calcul qu'il avait rendu deux jours avant ; il était, me dit-il, complètement soulagé depuis.

Ce calcul, qne je joins à cette communication (fig. 5 de la planche), assez dur au moment de l'expulsion, est de forme ovoïde, terminé en pointe à l'une des extrémités ; il mesure environ 0.015 millimètres de long sur 0.010 de large ; son poids est de 0.540 milligrammes ; sa couleur est blanc jaunâtre, sa surface, rugueuse d'un côté, est unie et comme polie de l'autre.

L'analyse sommaire donne du phosphate et du carbonate de chaux.

Après l'expulsion du calcul, la guérison survint très rapidement, le malade se lavant la bouche plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique. L'inflammation sous-maxillaire a disparu, quoique la glande soit encore légèrement indurée.

## *Historique.*

L'histoire des calculs salivaires ne commence qu'à Ambroise Paré. Pourtant une note de l'arabe Avenzoar dans un passage du *Theisir* (t. II), semblerait indiquer que cet auteur avait déjà observé un calcul : « Des pierres, dit-il, s'engen-
» drent dans les reins, de même que dans les autres organes,
» et j'ai vu moi-même une pierre qui s'était formée sous la
» langue et qui gênait la parole ; cette pierre ayant été en-
» levée, l'homme qui s'en plaignait récupera la faculté de
» parler. »

Ambroise Paré trouva sous la langue cinq pierres semblables à celles qu'on trouve dans la vessie (*Apol.*, tome III, édition Malgaigne). Presque tous les chirurgiens de la Renaissance, les recueils scientifiques rapportent des observations de pierres retirées sous la langue.

Longtemps après la découverte des conduits excréteurs des glandes salivaires par Warthon (1655) et Nicolas Stenon (1660) on ne songeait point encore à placer dans ces canaux le siège des pierres du plancher de la bouche.

En 1737, la question est scientifiquement déterminée par Christian Shérer, qui fonda l'histoire des calculs sur la connaissance des dispositions anatomiques et la condensation des parties solides de la salive (Thèse de Strasbourg, *Disputatio de calculis exductu salivali excretis,* 1737).

L'expression de calcul salivaire, introduite dans la science par Shérer ne fut pas immédiatement comprise, et pendant de longues années encore, d'une façon générale, on méconnut la véritable nature de l'affection.

Ce ne fut guère qu'à partir du XIX^e siècle que des recherches anatomiques précises permirent de remettre la question sur son véritable terrain : un travail d'ensemble fut tenté par M. Duparcque en 1842 *(Revue médicale)*.

La thèse de M. de Closmadeuc *(Recherches historiques sur les calculs salivaires*, Paris, 1855) contient l'examen critique des opinions émises jusqu'alors sur la nature des calculs salivaires ; l'auteur a joint à son travail une observation personnelle.

Depuis ce dernier travail de nombreux mémoires et de nombreuses observations ont été publiées, parmi lesquels on peut citer les thèses de Lancelot (Paris, 1861), Mareau (Paris, 1876), Terdjaniantz (Paris, 1878), Kleczkowski (Paris, 1880), Graille (Paris, 1895) ; les observations de Després (Société de chirurgie, 1877), Richet *(France médicale,* 1876), Duplay *(Conférences cliniques,* 1877), Galippe *(Journal des connaissances médicales,* 1894), Follin et Duplay *(Traité de pathologie externe),* Tillaux *(Anatomie topographique).*

## *Étiologie.*

Les calculs salivaires sont très rares chez les enfants, bien que Bardet en ait trouvé un cas chez un enfant nouveau-né. Ils sont de même exceptionnels chez les vieillards très âgés. Toutes les observations se rapportent à des personnes adultes depuis l'âge de vingt ans. Leur fréquence est plus grande dans le sexe masculin ; il résulte du relevé fait par de

Closmadeuc, que, sur un total de quatre vingt un malades, il y avait soixante-deux hommes et dix-neuf femmes seulement. Certaines prédispositions favorisent peut-être chez quelques individus la production de la lithiase salivaire : les arthritiques y seraient plus exposés en particulier (Chevallereau, *France médicale,* septembre 1878).

### *Anatomie pathologique.*

Dans les calculs du canal de Warthon, l'affection est toujours unilatérale, le canal du côté gauche a fourni le plus grand nombre de cas. Il n'y a qu'un seul calcul en général, mais on peut en rencontrer quelquefois deux, trois et parfois davantage.

Leur forme est assez variable, mais ils tendent d'une façon générale à se mouler sur le conduit salivaire. La forme ovoïde très allongée paraît être la forme habituelle.

Leur couleur est d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, légèrement ocreuse ; leur surface est généralement grenue, comme dépolie, parfois lisse : on y voit quelquefois une rigole longitudinale permettant à la salive de s'écouler bien que le calcul soit de notable dimension (fig. 2, calcul de l'observation de Closmadeuc).

Desprès cite un cas, dans lequel une gouttière en spirale entourait la concrétion (Desprès, *Gazette des Hôpitaux,* 1866).

Leur consistance est assez uniforme, quelquefois dure, ordinairement friable. Ils se brisent facilement et souvent se laissent écraser et réduire en poussière sous la pression du doigt. Leur poids est assez peu élevé comparativement à leur volume, habituellement un, deux ou trois grammes.

A la coupe, les calculs sont homogènes ou composés de couches concentriques blanches ou grisâtres alternativement développées autour d'un noyau. Ce noyau est parfois un corps étranger, éclat de bois (observation de Séguignol), arête de poisson (Delery, *Revue thérapeutique,* 1853), épillet de graminée, parcelle de tartre ; mais dans un grand

nombre de cas, on ne trouve rien en apparence et le centre du calcul est semblable à la périphérie. Diverses analyses chimiques ont toujours donné les mêmes résultats. Les calculs sont formés principalement de phosphate et de carbonate de chaux, on y trouve d'autres sels, mais en minime quantité. Tous contiennent des matières organiques.

Le siège des calculs salivaires est le plus souvent la partie moyenne du canal de Warthon. Ce canal, d'abord dilaté à l'endroit du calcul, subit un certain nombre de modifications importantes, sa paroi s'épaissit et devient le siège d'une inflammation chronique. Sa cavité, plus large en arrière du calcul, est distendue soit par la salive, soit par le pus.

La glande sous-maxillaire elle-même s'enflamme et peut être profondément altérée dans les cas anciens, augmentée de volume, adhérente par tous les points de sa périphérie aux tissus environnants. Elle est dure et résistante, au point qu'à diverses reprises on a pu croire qu'elle était le siège d'une tumeur maligne.

### *Pathogénie.*

Pour expliquer la formation des calculs salivaires, Wright invoque l'intervention de causes mécaniques susceptibles de ralentir la circulation de la salive. Richet invoque l'introduction d'un corps étranger destiné à servir de noyau au calcul. Pour Meckel et Civiale, la cause déterminante des calculs salivaires serait l'inflammation de la muqueuse des canaux salivaires. Pour Robin, cette cause serait la précipitation par changement de la composition chimique. D'après Mareaux, l'augmentation des éléments minéraux de la salive contribuerait à la formation du calcul. Les travaux de Galippe éclaircissent d'une manière remarquable cette obscure question de pathogénie : tous les calculs reconnaissent une origine parasitaire. « Il se peut qu'il » y ait des calculs qui se forment en dehors de toute inter- » vention parasitaire, mais je ne les connais point et la » démonstration de ce mécanisme n'a pas été faite. »

Les calculs se forment souvent autour d'un corps étranger, mais celui-ci « n'agit pas comme corps étranger, mais comme parasitifère ».

La modification de la composition chimique par les microorganismes suffit pour amener la précipitation de certains sels ; aussi Galippe soutient que « les calculs sont fonctions microbiennes ». D'ailleurs on trouve des microbes dans tous ces calculs.

### *Signes.*

Le calcul salivaire peut passer longtemps inaperçu, ou tout au moins ne donner lieu qu'à des troubles insignifiants. On observe une gêne légère de la prononciation, ou un peu de difficulté dans les mouvements de la langue ; quelquefois ce sont des picotements dans la langue et le plancher de la bouche. Ce qui frappe surtout dans les symptômes de l'affection calculeuse du canal de Warthon, c'est l'intermittence des signes morbides qui ne surviennent que par accès et auxquels on a donné le nom de *Coliques salivaires*. En effet, tous les symptômes du début ne reviennent qu'à des intervalles plus ou moins longs, laissant au malade un long répit. Ces phénomènes douloureux ne sont pas constants ; ce sont les complications inflammatoires qui attirent dans beaucoup de cas l'attention. On constate alors une tuméfaction sous-maxillaire, tuméfaction dure et douloureuse, s'accompagnant d'une rougeur plus ou moins intense de la peau. On peut faire sourdre du pus par l'ostium ombilical en pressant sur le plancher buccal.

L'exploration de la région occupée par le canal de Warthon permet de percevoir des signes physiques caractéristiques. L'inspection de la muqueuse la montre plus ou moins enflammée, d'un rouge plus intense que sur les parties environnantes. Avec le doigt on pourra reconnaître un corps dur et rugueux au toucher, présentant quelquefois une légère mobilité. Le cathétérisme du canal, quand il est possible, permet au stylet d'arriver au contact du calcul et la

sensation que donne l'instrument frottant contre la surface rugueuse du calcul est caractéristique.

### *Diagnostic.*

Il est simple et facile dans les cas ordinaires et typiques; mais il est parfois singulièrement embarrassant. Dans certaines circonstances, les phénomènes inflammatoires surprennent le malade et le médecin. L'exploration soigneuse du conduit, soit par la palpation, soit par le cathétérisme, permet de trancher cette question que la marche de la maladie viendrait d'ailleurs résoudre au bout d'un certain temps. On a confondu des calculs du canal de Warthon avec les maladies les plus diverses : Walter a traité son malade pour une tumeur scrofuleuse ; Berard et Jarjavay ont cru à l'engorgement des glanglions lymphatiques ; Jobert a pensé à un phlegmon glandulaire ; Stanski a confondu un calcul du canal de Warthon avec une tumeur du plancher de la bouche,renfermant des dents enkystées.

### *Traitement.*

Bien que le pronostic de l'affection ne soit pas grave, il ne faut jamais différer de faire l'extraction de ces calculs. Cette extraction est facile dans le cas où le calcul est situé près de l'ostium ombilicale ou lorsqu'il fait saillie à travers l'orifice du canal de Warthon. Il suffit de le saisir avec une pince et d'exercer quelques tractions pour en faire l'ablation. Si le calcul se trouve loin de l'orifice, une incision faite sur le calcul permettra de le saisir en détruisant les brides et fongosités qui le retiennent quelquefois en place. Dans certains cas, on a été amené à extraire des calculs par la voie sus-hyoïdienne quand ils se trouvaient très en arrière ou inclus dans la glande : on va alors les chercher par une incision sus-hyoïdienne dirigée parallèlement à la branche horizontale de la mâchoire (Tuffier, Soc. de chirurgie, 1891).

Il arrive quelquefois que la maladie se termine par l'expulsion spontanée du calcul. Celui-ci, cheminant le long du canal arrive jusqu'à l'ostium ombilicale, cet orifice se dilate, s'enflamme, et laisse passer le calcul qui tombe dans la bouche. Cette expulsion spontanée des calculs du canal de Warthon a été observée dans plusieurs cas (Eller, Walter, Terrier (Société de chirurgie, juin 1873), Desprès (Société de chirurgie, janv. 1881). C'est le cas de notre observation relatée au commencement de cette communication.

# L'HERMOPHÉNYL EN ODONTOLOGIE

## EXPÉRIMENTATIONS CLINIQUES

Par MM.

F. DÉRUD (de Dôle), Dentiste.

et

J. JARRICOT, Interne à l'Asile public d'aliénés du Jura.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 23 juin 1903.)*

Indépendamment des propriétés antisyphilitiques qui placent l'hermophényl [1] au premier rang des mercuriels, on ne saurait trop insister, à notre avis, sur la puissance bactéricide de ce corps. L'expérience personnelle que nous avons de ce très remarquable agent thérapeutique nous a poussés à rechercher les avantages qui pourraient résulter de son introduction en stomatologie [2]. Nous nous proposons dans la présente note de faire connaître nos premiers résultats.

Nous avons employé l'hermophényl sous deux formes :

1° A l'état pur, en poudre porphyrisée ;

2° En solutions aseptiques à des titres divers.

Nos recherches ont porté sur les points suivants :

I. Action de l'hermophényl pur ou mélangé à différentes substances (oxyde de zinc, essence de girofle, narcéine, etc.) en vue d'arrêter les conditions :

1° D'une dévitalisation indolore de la pulpe ;

2° D'un coiffage non irritant ;

3° De l'asepsie des canaux radiculaires.

---

1. Mercure-phénol disulfonate de soude (V. *Hermophényl*), oxyde de mercure dissous dans du phénol disulfonate de soude.

Pour la bibliographie de ce nouveau composé organo-métallique du mercure, V. J. Jarricot, *L'hermophényl dans les infections graves. Presse médicale*, 15 avril, 1903.

2. Pendant que nous poursuivions encore ces recherches, M. le Dr Monnet (de Paris) présentait au XIVe Congrès international de médecine une communication sur « l'hermophényl; ses applications en stomatologie et en odontologie ».

Cette note, hautement documentée et très élogieuse du reste pour le corps qui nous occupe, envisage à peu près exclusivement l'emploi de l'hermophényl dans l'antisepsie de la cavité buccale ; le point de vue généraliste auquel s'est placé M. le Dr Monnet est donc assez différent de celui — très spécialisé — auquel nous le plaçons nous-mêmes.

II. Action des solutés d'hermophényl :

1° Dans la cure des fistules ;

2° Dans l'asepsie alvéolaire et dentaire au cours des réimplantations.

Nous allons passer rapidement en revue chacun de ces points.

I. Dévitalisation de la pulpe par l'emploi de l'hermophényl.

Appliqué, dans une dent cariée[1], sur une pulpe n'ayant subi encore aucun processus de nécrobiose, l'hermophényl nous a paru doué de propriétés assez inconstantes. Tantôt il a provoqué la dévitalisation de la pulpe — qu'on a retrouvée alors ramollie, presque liquéfiée ; — tantôt il n'a produit aucun effet appréciable. Il nous a semblé que ces résultats singuliers étaient liés à des différences dans l'état physique de la chambre. Dans une chambre séchée soigneusement, sur une pulpe ne saignant pas, l'hermophényl appliqué pur, en poudre fine, reste ordinairement sans action. A-t-on au contraire, en fraisant la chambre, lésé la pulpe, négligé d'arrêter complètement la petite hémorragie ou négligé l'assèchement, l'action de l'hermophényl est immédiate. Elle se manifeste subjectivement par une douleur d'intensité variable, très vive d'ordinaire. La rapidité d'action est augmentée lorsqu'on emploie l'H. sous forme de pâte glycérinée. Nous avons cherché à éviter la douleur qui suit les applications actives. L'adjonction à la pâte glycérinée de chlorhydrate de cocaïne ou de narcéine nous a donné de bons résultats.

En somme, pour le cas où se pose l'indication d'extirpation médiate de la pulpe, nous nous sommes arrêtés au manuel opératoire suivant ; il amène *ordinairement* la dévitalisation en 24 à 36 heures[2].

---

1. Pour des raisons faciles à comprendre nous n'avons pas étudié l'action de l'hermophényl sur une pulpe absolument normale, découverte artificiellement dans une dent saine.

2. Il faut souvent, pour arriver à un résultat satisfaisant, 48 heures et même parfois beaucoup plus. Nous n'avons pas pu nous rendre compte jusqu'à présent de la cause de ces variations.

1° Introduction, dans la chambre préparée, du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Hermophényl | } ãã 1 partie en volume. |
| Narcéine | } |
| Glycérine | q.s. pour former une pâte molle. |

III. Extemporanément.

2° Obturation temporaire à la gutta.

Au vrai, ce procédé nous a donné des résultats heureux en ce sens que, par suite de la liquéfaction de la pulpe, l'extirpation des débris devient facile, surtout si l'on emploie le procédé *du curage automatique*. Nous n'oserions pas cependant le préconiser. En raison de l'inconstance de son action, il devient impossible de prévoir le nombre de pansements qui seront nécessaires pour amener la mortification de la pulpe. Cette considération nous paraît de nature à en restreindre les applications. *A priori*, du reste, cet usage de l'H. comme caustique n'est rien moins que paradoxal, puisque, parmi les qualités maîtresses du mercure-phénol, tous les expérimentateurs insistent avec raison sur sa faible causticité ; nous en avons apporté nous-mêmes plus d'une preuve.

Mais aussi bien, dès le début de nos recherches, nous avions moins en vue la détermination d'un nouveau procédé de dévitalisation que celle des quantités d'hermophényl suffisantes et inoffensives dans un traitement conservateur de la pulpe. L'hermophényl n'est pas tellement dénué de causticité qu'à des doses massives et répétées il n'arrive à désorganiser les fins tissus pulpaires. Mais c'est là en quelque sorte la limite supérieure de son action, A des doses cent fois plus faibles son pouvoir bactéricide reste considérable ; la causticité des mélanges où il entre en d'aussi faibles proportions peut pratiquement être considérée comme nulle. On est ainsi amené à penser que son emploi peut être satisfaisant dans les pâtes de coiffage et l'expérience justifie pleinement ces prévisions.

II. *Emploi de l'hermophényl dans le traitement conservateur de la pulpe.*

L'asepsie de la chambre pulpaire et de la partie dénudée

de la pulpe est obtenue facilement et sans risques par des lavages à la solution à 5 o/oo, tiède et aseptique $\left(\frac{5}{1000}\right)$. La cavité soigneusement séchée, nous appliquons, en suivant les règles de Witzel, une pâte ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Hermophényl | o gr. oi à o gr. 2. |
| Oxyde de zinc | 5 gr. |
| Essence de girofles | 1 gr. |

Notre statistique comporte une douzaine de cas de coiffage effectués suivant cette méthode ; la tolérance a été parfaite ; aucun accident n'a suivi l'obturation immédiate de la dent.

III. *Asepsie des canaux radiculaires.*

S'il s'agit d'une dent dont on a extirpé la pulpe et les rameaux vasculo-nerveux après dévitalisation à l'hermophényl, il suffit, pour avoir une asepsie qui permette l'obturation immédiate, d'éviter de polluer les cavités. La stérilisation des fraises et des sondes, l'application de la digue, permettent d'arriver à ce résultat sans trop de difficultés.

S'agit-il au contraire d'assurer l'asepsie des cavités d'une dent atteinte de nécrobiose complète ? Là encore, l'emploi de l'hermophényl permet de faire vite et bien. Les débris de la pulpe gangrenée enlevés, ainsi que la dentine ramollie, la dent est lavée soigneusement avec la solution $\frac{5}{1000}$, puis lorsque les mèches reviennent propres, remplie d'hermophényl pur ou mélangé à du liquide Harvard, en obturant rapidement, l'adhérence se produit entre le pansement hermophénylé et le ciment de l'obturation proprement dite qui ne peut que gagner en solidité.

IV. *Désinfection des trajets fistuleux.*

Nous n'avons utilisé l'hermophényl à cet égard qu'à deux reprises seulement. Encore que cette indigence documentaire nous oblige à répudier toute généralisation, la simple relation de ces deux cas nous paraît digne d'intérêt. Les deux fois il s'est agi d'une fistule gingivale créée et entretenue par un point d'ostéité du maxillaire supérieur, au niveau de la canine droite nécrosée.

Dans les deux cas, l'avulsion de la dent n'avait pas amené l'arrêt des phénomènes inflammatoires, pas plus que les injections antiseptiques et modificatrices pratiquées par les premiers praticiens appelés à soigner nos clientes. A l'aide d'un flacon de Mariotte stérile et rempli aseptiquement d'une solution de mercure-phénol, nous avons fait des lavages sous une forte pression (1 m 50). Une fine sonde de platine portait le liquide profondément sans empêcher la récurrence. Le traitement a duré douze jours dans un cas, quinze jours dans l'autre. Les injections étaient quotidiennes; les solutions employées étaient aux titres de $\frac{1}{100}$, $\frac{5}{100}$, $\frac{10}{100}$. Tout écoulement tari, l'accolement des lèvres du trajet fut obtenu par une cautérisation ignée.

La guérison dans les deux cas a été complète et sans récidive.

V. *Asepsie par l'hermophényl au cours des réimplantations.*

En présence d'une dent d'un abord très difficile à la fraise, nous inclinons à croire qu'il n'y a pas à hésiter sur le choix des procédés opératoires, surtout chez les malades indociles et plus particulièrement chez les aliénés. Nous pratiquons, quant à nous, systématiquement l'avulsion, puis, la toilette de la dent achevée, la réimplantation. L'hermophényl nous a donné les meilleurs résultats pour assurer l'asepsie de la dent et celle de l'alvéole. La dent isolée est reçue dans une capsule stérile remplie d'hermophényl à $\frac{5}{1000}$. Soigneusement emmaillottée de lint stérile et trempée dans la même solution, la dent est maintenue à l'aide d'une pince pendant qu'on la fraise et qu'on l'obture rapidement. Un aide lave pendant ce temps l'alvéole à l'aide d'un jet ou de mèches trempées dans la solution tiède de mercure-phénol. L'opération se termine, comme d'ordinaire, par la ponction au trocart; les soins consécutifs ne comportent que quelques lavages journaliers (3 ou 4 fois par jour) avec la solution à $\frac{5}{1000}$. Il est bon d'ajouter, dans ce cas, quelques gouttes d'alcool de menthe à la solution ou de

faire suivre le lavage antiseptique d'un lavage à l'eau bouillie additionnée d'un alcoolat aromatique.

*Conclusions.*

De même que M. le Dr Monnet en stomatologie, nous envisageons sous le jour le plus heureux l'avenir de l'hermophényl en odontologie. Si, comme agent de dévitalisation, son emploi ne présente guère de garanties, comme agent d'asepsie, il offre les avantages les plus marqués.

D'un coût modique, qui permet de le prodiguer ; d'une toxicité des plus faibles, qui met à l'abri de toute surprise ; dénué de toute action nocive sur les instruments de métal, dénué de toute causticité à des doses où son activité microbicide reste considérable, inodore et non colorant, c'est, à notre avis, et notre expérience est déjà de quelque durée, l'antiseptique de choix pour le dentiste praticien.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 23 juin 1903.*

Présidence de M. Loup, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

*M. Loup* excuse M. Choquet qui, retenu près de son fils malade, ne peut venir présider la réunion. L'assemblé adresse à M. Choquet des vœux pour le rétablissement de la santé de son enfant.

*Le secrétaire général* lit les lettres d'excuses de MM. Martinier, Delair et Sautier.

### I. — Le curage automatique des canaux radiculaires, par M. Dérud, chirurgien-dentiste a Dôle et par M. Jarricot, interne a l'Asile d'aliénés de St-Ylie (Jura).

*M. le Dr Friteau* donne lecture de cet important travail qui est publié d'autre part, page 179.

Cette communication ne peut être discutée en l'absence des auteurs. Après un échange d'observations entre *MM. Monnet, Gillard, Papot* et *Friteau*, le secrétaire général est chargé de demander à MM. Dérud et Jarricot qu'ils viennent assister à la réunion d'octobre afin que leur communication puisse être discutée.

### II. — Théorie mécanique de l'extraction, par M. de Croes, professeur suppléant a l'Ecole dentaire.

Ce long et important mémoire a été publié dans *L'Odontologie,* du 15 mai 1903, page 427.

Discussion.

*M. le Dr Godon.* — Je m'empresse de féliciter M. de Croës, au nom de M. Serres et en mon nom personnel, d'avoir repris avec une compétence indiscutable notre étude de 1896 sur les instruments d'extraction. Notre théorie avait un but uniquement pédadogique ; nous l'avions faite aussi simple qu'il est possible, et, bien qu'en désaccord sur certains points avec M. de Croës, nous ne pouvons que nous féliciter de voir notre modeste travail provoquer des études plus importantes.

Pour bien préciser les points sur lesquels nous différons avec M. de Croës, nous avons rédigé, M. Serres et moi, la note que vous voudrez bien me permettre de vous lire. (Voir page 163).

Après cette lecture, *M. le Dr Godon* ajoute :

« Dans les quelques recherches que nous avons dû faire pour rédiger cette note, nous nous sommes aperçus que d'autres auteurs, entre autres Coleman et Tomes, avaient, avant nous, considéré le davier comme un double levier. Si nous sommes en complet désaccord avec M. de Croës à propos de la langue de carpe, c'est que nous ne la considérons pas dans les mêmes conditions opératoires : il est exact, ainsi que le dit M. de Croës, que si l'on considère la langue de carpe au moment où elle prend appui sur la dent voisine pour la luxation de la dent, elle est bien un levier du troisième genre. Mais, pour nous, ce n'est pas là le mode d'action initial de la langue de carpe ; son mouvement de début est un mouvement d'enfoncement et de renversement, et, si l'extraction de la dent est facile, cet unique mouvement suffit à l'extraction ; ainsi considérée comme instrument d'enfoncement et de renversement, la langue de carpe est bien un levier du premier genre tel que nous l'avons établi dans notre travail de 1896. Nous avons à cette époque cherché à établir une théorie générale ; nous voulions expliquer à l'étudiant l'instrument simple s'appliquant, par des mouvements simples, aux cas les plus simples ; l'étudiant n'avait plus, en présence de cas difficiles, qu'à modifier soit la longueur du bras de levier, soit le point d'appui pour triompher de ces difficultés ; tel est le cas pour la langue de carpe qui, dans une extraction facile, est un levier du premier genre, s'il n'y a qu'enfoncement et renversement, tandis que, en présence d'une extraction difficile, elle devient un levier du troisième genre, si un mouvement de rotation, mouvement complémentaire, est nécessaire à l'extraction.

*M. Gillard.* — Je ne puis considérer le pied-de-biche comme un levier du premier genre ; pour moi c'est un simple poussoir et il ne mérite pas le nom d'élévateur qui lui a été donné. Lorsqu'on se sert du pied-de-biche pour faire une extraction, on l'enfonce d'abord dans l'alvéole, pour arriver à une partie résistante de la racine ; puis on pousse obliquement la racine, de bas en haut pour une racine inférieure, de haut en bas pour une racine supérieure. Je le répète donc, le pied-de-biche est un simple poussoir et non pas un élévateur.

*M. le Dr Godon.* — J'estime que le mot élévateur, qui d'ailleurs n'est pas nouveau, convient parfaitement au pied-de-biche, et je ne partage pas l'opinion de M. Gillard.

*M. de Croës.* — Avant de répondre aux divers arguments qui viennent d'être formulés, je tiens à remercier MM. Godon et Serres de

leur présence, car cette présence toute combative donne une valeur à ma théorie, puisqu'elle mérite l'intervention de techniciens et de théoriciens aussi justement appréciés ; aussi permettez-moi d'en être très fier.

M. Godon dit d'abord qu'à la page 433 j'ai commis une erreur en écrivant : « La puissance doit toujours être supérieure à la résistance. » Il me semble qu'il n'est pas possible d'enlever un objet quelconque avec un levier si la puissance n'est pas supérieure à la résistance.

*M. Serres.* — La puissance est souvent plus faible que la résistance ; ainsi, lorsqu'on traîne un fardeau dans une brouette, la force déployée est inférieure au poids du fardeau. Je déclare donc erronée cette assertion de M. de Croës.

*M. de Croës.* — Au sens propre de la phrase incriminée, MM. Serres et Godon ont raison. Mais j'ai voulu dire que la puissance devient supérieure à la résistance par son mode d'application par rapport aux autres forces.

En ce qui concerne le pied-de-biche, je ne puis mieux répondre à MM. Gillard et Godon qu'en leur lisant ce que j'ai écrit dans ma communication : « Le pied-de-biche, que nos anciens appelaient poussoir, ne peut à proprement parler être décrit comme un levier ; pourtant, après que son mors unique est enfoncé sous l'alvéole, en même temps que s'exécute la poussée en avant, il se produit un mouvement de renversement qui assimile alors le pied-de biche, pendant ce temps, à un levier du premier genre ; si nous schématisons, nous trouvons que la résistance est au point où le bout du mors prend contact avec la racine, le point d'appui au point où le dos du mors touche le bord alvéolaire, et la puissance au bout du manche de l'instrument. » Lorsque son mors est sous l'alvéole, il n'agit pas comme l'indique M. Godon dans son schéma de 1896 ; l'opération ne se fait pas en élevant le manche de l'instrument ; pour ma part, je crois que l'opération se fait en abaissant le manche du pied-de-biche. En comparant le schéma de M. Godon et le mien, on peut se convaince de l'erreur de mes honorables contradicteurs : si le pied-de-biche agit comme je l'indique, il peut être considéré, dans le mouvement de renversement, comme un levier du premier genre ; si, au contraire, il agit comme l'indique M. Godon, il n'est plus un levier du premier genre.

Pour la clef de Garengeot, je persiste à déclarer qu'elle ne peut être qu'un levier du troisième genre ; la résistance est sur une face de la dent, la puissance est à l'endroit de la charnière et le point d'appui est sur le bord alvéolaire du côté opposé à la résistance.

*M. le Dr Godon.* — Vos arguments ne me font pas changer d'avis et je pense même que votre schéma de la clef de Garengeot est contre votre théorie ; je ne le comprends pas comme vous, puisque

j'y vois la reproduction typique d'un levier du premier genre ou inter-appui : la résistance y est en effet séparée de la puissance par le point d'appui.

*M. de Croës.* — Dans la clef de Garengeot, le levier prend la forme d'un arc de cercle aux extrémités exagérément courbées ; la résistance se trouve à une extrémité de l'arc, le point d'appui à l'autre extrémité de l'arc et la puissance siège près du point d'appui, entre ce point d'appui et la résistance, ce qui caractérise le levier du troisième genre ou levier inter-puissant.

Quant à l'élévateur, M. Godon dit que les mouvements de rotation autour de la racine ne sont que secondaires et que le mouvement principal est un mouvement de levier. Je prétends le contraire : quand on veut enlever une racine avec un élévateur, on cherche à dilater l'alvéole pour faciliter la sortie de la racine, c'est pour cela que l'on enfonce le mors de l'élévateur sous l'alvéole. On fait exécuter à l'élévateur un mouvement de rotation autour de la racine et un mouvement de demi-rotation sur lui-même. Ainsi considéré, l'élévateur n'est plus l'instrument de renversement destiné à enlever, comme le dit M. Godon, une racine facile à extraire, il devient capable d'enlever des dents difficiles, et c'est ainsi que j'ai souvent vu mon excellent maître M. Poinsot enlever avec un élévateur des incisives à racines longues et solidement implantées.

Puisque M. Godon veut bien m'accorder que la résistance n'est pas la racine, mais l'enserrement alvéolaire, il est nécessaire de pouvoir diminuer la résistance de ce bord alvéolaire en l'écartant, et c'est pour obtenir cet écartement qu'avec des mouvements de rotation et de demi-rotation l'élévateur est un instrument précieux.

Pour ce qui est de la langue de carpe, j'ai eu tort d'écrire qu'il fallait l'enfoncer horizontalement, puisque c'est obliquement qu'elle doit pénétrer entre les deux dents. Si j'ai écrit horizontalement, c'était pour mieux faire comprendre le mécanisme du mouvement de torsion qui constitue le temps suivant de l'opération. Lorsque la langue de carpe est introduite entre deux dents contiguës, on fait des mouvements de torsion durant lesquels la dent forme la résistance, la dent opposée constitue le point d'appui et la puissance est le manche de l'instrument ; c'est donc bien, dans ce mouvement de torsion, un levier du troisième genre ou inter-puissant. Mais, lorsque la dent est suffisamment ébranlée et qu'elle ne tient presque plus, on élève ou l'on abaisse le manche de la langue de carpe aussi verticalement qu'il est possible ; à ce moment-là, la résistance est en bas de la lame, le point d'appui est au centre et la puissance est en bas, comme je l'ai représenté dans le schéma n° 7 de mon travail ; dans ce temps-là de l'extraction la langue de carpe devient un levier du premier genre ou inter-appui.

Il me reste maintenant à parler du davier, et c'est là que la théorie de MM. Godon et Serres est le plus différente de la mienne. Je tiens à répéter ici ce que j'ai dit et ce que M. Godon me concède d'ailleurs, à savoir que ce n'est pas la racine qui est la résistance, mais bien l'enserrement alvéolaire. Dans ma récente communication, j'ai dit que la racine n'était que le levier prolongé; aujourd'hui je dirai plus : le vrai levier, c'est la racine elle-même, le davier n'est que le levier prolongé. Si l'on prend l'exemple des Chinois qui arrachent les dents avec leurs doigts, on voit que c'est bien la racine qui leur sert de levier, que c'est sur elle que portent toutes les forces : dans ce cas particulier, la puissance se trouve à la partie supérieure de la couronne, la résistance est l'enserrement alvéolaire et le point d'appui à l'apex de la racine. Pour répondre à des objections que je prévoyais, j'ai fait l'expérience suivante qui m'a démontré que le point d'appui est bien à la pointe de la racine. J'ai enfoncé des clous dans des morceaux de bois, j'ai arraché ces clous par des mouvements de latéralité et j'ai fait ensuite des sections des morceaux de bois. Ces coupes m'ont montré que le point d'appui était bien à la pointe du clou, et qu'au fur et à mesure que le clou montait le point d'appui s'élevait aussi. C'est sur cette expérience que je me base pour dire : le levier, c'est la racine elle-même et le davier n'intervient que pour augmenter le bras de levier, pour augmenter la puissance, puisque la force est proportionnée au bras de levier. J'ai implanté une dent dans un alvéole de caoutchouc, afin que chacun des membres de la Société puisse constater *de visu* qu'en l'arrachant avec les doigts, c'est tantôt à droite, tantôt à gauche, que la pointe de la racine vient prendre appui au fond de l'alvéole. (M. de Croës fait alors passer sous les yeux de ses confrères ses morceaux de bois sectionnés et quelques dents implantées dans des blocs de caoutchouc, ce qui permet de répéter ses propres expériences.)

Dans les mouvements de rotation, des phénomènes analogues se produisent : une racine n'est jamais complètement ronde, elle est toujours ovale. Si l'on tourne cette dent ovale, qui est elle-même le levier, le point d'appui se trouve être du côté du plus grand diamètre de la racine, la résistance de l'autre, et la racine peut être comparée à la lame de la langue de carpe dans les mouvements de rotation.

Je pense donc que, si l'on considère la racine comme étant le levier véritable, ma théorie est exacte. Si le davier ou plutôt la racine prolongée par le davier devient un levier du premier genre, c'est dans le mouvement de renversement : je n'en veux pour preuve que l'observation suivante : lorsqu'on fracture une dent, la fracture siège au collet de la dent, c'est-à-dire au point d'application de la résistance, et, lorsqu'on fracture le bord alvéolaire, c'est la résistance qui cède sous l'effort d'une trop grande puissance.

Je crois avoir répondu à toutes les objections qui m'ont été opposées. J'ajouterai que le tire-fond vient encore à l'appui de ma théorie, puisque, lorsqu'il est vissé, il ne fait que continuer la racine : tout comme le davier, le tire-fond est le levier prolongé, le véritable levier, étant la racine.

*M. Serres.* — Je ne suis pas de l'avis de M. de Croës, et je ne trouve pas que son expérience de l'extraction d'une dent avec la main soit absolument concluante : en faisant la rotation avec la main, on prend un point d'appui, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, pour vaincre la résistance qui est au-dessous du bord alvéolaire.

*M. de Croës.* — Ces points d'appui successifs ne sont pas possibles, car, on serait gêné par les dents voisines. Pour arracher une dent, nous faisons des mouvements aussi réduits qu'il est possible, de manière à ne pas trop fatiguer le bord alvéolaire ; et, pourtant l'alvéole s'écarte, puisque, après l'extraction, la dent rentre plus facilement dans son alvéole.

*M. Serres.* — Je pense qu'il y a avantage à prendre d'abord un point d'appui sur le mors du davier.

*M. le Dr Godon.* — Je n'ai rien à ajouter à la note que M. Serres et moi, nous avons rédigée en commun ; elle contient toutes les critiques que nous a inspirées la théorie de M. de Croës. Les arguments que M. de Croës nous a apportés ce soir ne me font pas changer d'avis et je persiste à rester en désaccord avec lui sur les points que nous avons signalés. Je tiens à répéter cependant que je ne comprends pas l'interprétation que donne M. de Croës de son schéma de la clef de Garengeot ; ce schéma est exactement celui qu'illustre notre travail de 1890. Le point d'appui de M. de Croës me semble bien placé entre la résistance et la puissance, ce qui caractérise le levier du premier genre ; plus je regarde ce schéma, moins je parviens à comprendre comment M. de Croës arrive à conclure que la clef de Garengeot est un levier du troisième genre.

*M. de Croës.* — Ce n'est là qu'une erreur d'interprétation de la part de M. Godon et M. Godon oublie trop qu'un levier ne diffère pas de genre par sa forme, mais seulement par le point d'application de la puissance : la clef de Garengeot est, je le répète, un levier à extrémités courbées ; c'est un arc qui la représente sur mon schéma, et sur cet arc, la puissance est bien placée entre la résistance et le point d'appui, c'est-à-dire que la clef est un levier inter-puissant, un levier du troisième genre.

*M. le Dr Godon.* — Je persiste à croire exacte l'interprétation que je donne à la figure schématique de la clef de Garengeot : elle reproduit bien un levier du premier genre.

*M. de Croës.* — Si M. Godon fait de la clef un levier du pre-

mier genre, c'est que M. Godon ne considère pas sa forme réelle, mais qu'il lui donne une forme fictive en tirant une ligne imaginaire allant de la puissance à la résistance, au lieu de suivre l'arc réel décrit par la clef.

*M. le Dr Godon.* — Je crois qu'en pareille matière le genre du levier peut varier avec l'opérateur suivant la résistance qu'il aura à vaincre. Ainsi pour la langue de carpe, si la dent à extraire n'est pas difficile, un simple mouvement de renversement suffit, et la langue de carpe est alors un levier du premier genre. Si la dent est plus résistante, le mouvement se transforme, des mouvements de rotation apparaissent et l'instrument devient, comme l'indique M. de Croës, un levier du troisième genre. M. Serres et moi nous avions considéré en 1898 la langue de carpe comme un levier du premier genre, parce que nous n'avions voulu la considérer que dans un cas simple, où un simple mouvement de renversement suffit à l'extraction. Je suis heureux d'être d'accord avec M. de Croës en ce qui concerne les cas plus difficiles où, la rotation apparaissant, la langue de carpe devient un levier du troisième genre. En 1896, nous avons simplement voulu exposer aux élèves les cas les plus simples; nous avons pensé qu'il y avait avantage à exposer simplement le mouvement de début, celui qui est applicable à toutes les dents. En montrant aux étudiants le plus simple des leviers, l'élévateur droit de Coleman, nous avons dit : cet élévateur droit, qui s'enfonce entre la dent et l'alvéole, et qui extrait la dent par un simple mouvement de renversement, c'est le type de tous les autres instruments d'extraction. Ce simple élévateur varie à l'infini : c'est ainsi qu'il devient, avec le davier, un élévateur double, dont chaque branche pousse la dent de son côté. Je le répète, notre théorie n'avait pas la prétention de s'appliquer à tous les cas; elle avait un but pédagogique, et c'est pour cela que nous n'avons considéré les divers instruments que dans les cas les plus simples, en employant les mouvements les plus simples.

*M. le Dr Friteau.* — Les divergences d'interprétation entre M. Godon et M. de Croës viennent, à mon avis, de ce que M. de Croës a étendu la théorie à tous les instruments et pour tous les mouvements, susceptibles d'intervenir dans les diverses extractions simples et compliquées, tandis que M. Godon n'a considéré que l'application de chaque instrument aux cas les plus simples.

*M. le Dr Godon.* — Notre théorie avait aussi pour but de forcer chaque opérateur à raisonner son intervention tant au point de vue de l'instrument et de la résistance qu'au point de vue de l'application de la force.

*M. de Croës.* — Dans ces conditions, je trouve que l'enseignement doit s'élever et qu'en s'élevant il demande une complication un peu plus grande de la théorie de MM. Godon et Serres. Du reste,

en réfléchissant il est impossible que tous nos instruments si différents et exigeant tant de variétés d'application agissent de la même façon, c'est-à-dire en leviers simples. Au point de vue pédagogique, la simplification à l'excès devient un défaut, et les élèves pourraient nous demander pourquoi il est nécessaire d'avoir tant d'instruments d'extraction, s'ils agissent tous de la même façon.

*M. Gillard.* — M. de Croës a parlé de la prise de la dent au collet par le davier; j'ai appris et j'ai enseigné plus tard qu'il fallait enfoncer autant qu'il est possible le mors du davier au-dessous du bord alvéolaire. M. de Croës a aussi parlé de mouvements de rotation : je pense que M. de Croës ne conseille pas la rotation pour toutes les dents, car il en est beaucoup, même des dents monoradiculaires, qu'il serait dangereux de faire tourner.

*M. de Croës.* — Au sujet de l'enfoncement autant qu'on peut, j'ai démontré souvent, dans mes cliniques à l'Ecole, que, lorsqu'on enfonce ainsi pour les grosses molaires supérieures, possédant une racine palatine divergente, on entre à peine sous l'alvéole; si l'on entre beaucoup, on brise facilement la racine palatine, ou bien le mors du davier glisse et redescend au collet. — Je n'ai pas conseillé les mouvements de rotation, que je considère le plus souvent comme dangereux; j'ai simplement voulu expliquer le rôle du davier dans ces mouvements indiqués dans tous les livres.

*M. Loup.* — Après avoir dit avec MM. Gillard et de Croës que le pied-de-biche ne nous sert pas comme un levier, je féliciterai M. de Croës, au nom de la Société, de son important travail, et nous devons être heureux d'avoir entendu à ce sujet la longue et intéressante discussion qui vient d'avoir lieu.

III. — Contribution a l'étude des anomalies de dimensions et de forme des maxillaires dans leurs rapports avec l'esthétique faciale, par M. de Croes, professeur suppléant a l'Ecole dentaire.

*M. de Croës* donne lecture de sa communication, qui est publiée, page 73, n° du 30 juillet et fait passer sous les yeux des membres de la société des projections de photographies prises sur des sujets présentant ces diverses esthétiques.

### Discussion.

*M. le Dr Monnet.* — Un grand nombre de déformations maxillaires, en particulier l'ogivalité de la voûte du palais, sont la conséquence de l'insuffisance de la respiration nasale ; c'est ainsi que les végétations adénoïdes du pharynx interviennent pour augmenter la profondeur de la voûte du palais. M. de Croës a donc raison d'appeler

l'attention des dentistes sur toutes les anomalies des maxillaires. Pour ma part, je pense que le rôle du dentiste ne doit commencer, dans la correction de l'ogivalité de la voûte palatine, qu'après que le curage de l'arrière-nez a été radicalement pratiqué.

*M. le Dr Foveau de Courmelles.* — Les végétations adénoïdes ne sont pas seulement capables de provoquer l'ogivalité du palais, elles sont aussi susceptibles de donner à l'haleine une odeur extrêmement désagréable ; je connais des cas où l'haleine a repris son odeur naturellement fraîche après l'extirpation totale de tumeurs adénoïdiennes.

*M. le Dr Friteau.* — Les autres causes de gêne de respiration nasale sont susceptibles de provoquer les déformations que rappelle le Dr Monnet ; les déviations de la cloison nasale, les polypes muqueux des fosses nasales doivent produire les mêmes résultats.

*M. de Croës.* — Je suis tellement convaincu du rôle joué par les végétations adénoïdes que, chaque fois que je rencontre un malade atteint de ce que j'appelle une diminution par déformation, je l'adresse à un rhinologiste, et je ne commence le redressement que lorsque le rhinologiste a terminé son traitement.

*M. Loup.* — Je rappelle un travail de M. Mendel sur l'insuffisance de la respiration nasale dans ses rapports avec le développement général de l'individu, travail au cours duquel l'auteur a beaucoup insisté sur le rôle des végétations adénoïdes dans la production des déformations des maxillaires. La communication que vient de lire M. de Croës est le résultat d'un travail extrêmement consciencieux ; nous devons tous féliciter et remercier M. de Croës de l'avoir apportée à notre Société.

IV. — L'HERMOPHÉNYL EN ODONTOLOGIE, PAR M. DÉRUD, CHIRURGIEN-DENTISTE A DOLE ET PAR M. JARRICOT, INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINT-YLIE (JURA).

*M. le Dr Monnet* donne lecture de cette communication qui est publiée page 179.

Cette communication sera discutée à la séance d'octobre en même temps que la communication des mêmes auteurs sur le curage automatique des canaux radiculaires, lorsque ces auteurs seront présents, après invitation du secrétaire général.

V. — L'ADRÉNALINE EN ODONTOLOGIE, PAR M. LE Dr GRANJON.

*M. le Dr Granjon* fait sur ce sujet une conférence très documentée, qui sera rédigée ultérieurement par l'auteur et publiée dans *L'Odontologie.*

Les *Drs Monnet* et *Friteau* font au Dr Granjon un certain nombre d'objections, que nous ne croyons pas pouvoir reproduire avant la

publication de travail de M. Granjon ; il est d'ailleurs décidé que la discussion complète de cette communication n'aura lieu qu'à la séance d'octobre.

*M. le président* remercie M. le Dr Granjon de son intéressante conférence et la séance est levée à minuit et demi.

*Le Secrétaire général,*
Dr FRITEAU.





## LIVRES ET REVUES

### *Die Zähne des Kindes.*

L'éditeur Arthur Félix, de Leipzig, vient d'éditer et met en vente au prix de 4 marks 40 pf. (5 fr. 50) un volume de 136 pages sur *les dents de l'enfant,* dû au Dr Robert Kronfeld, ancien démonstrateur à l'Institut dentaire de l'Université de Vienne.

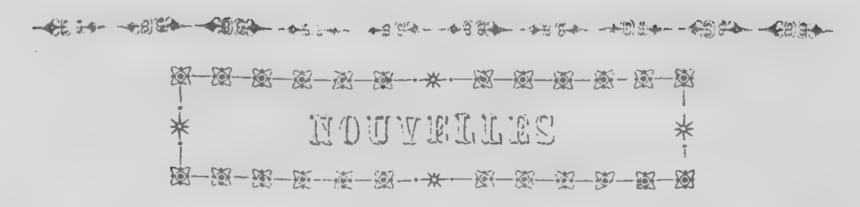
Cet ouvrage illustré de 80 gravures, est divisé en 8 chapitres, comprenant d'abord une introduction et traitant de l'anatomie des dents de lait, du développement et de l'éruption des dents, du changement des dents, des dents permanentes, des maladies des dents des enfants, des rapports entre ces maladies et celles d'autres organes, des anomalies de position des dents des enfants, du soin de ces dents.

Ce volume constitue une contribution intéressante et utile à la question de l'hygiène dentaire infantile ; on peut regretter toutefois que la bibliographie ne mentionne que des noms d'auteurs allemands ou des noms d'auteurs ayant écrit en allemand. Le texte et les gravures sont très soignés.

---

### Livres reçus.

Nous avons reçu du Dr Fritz Hartwig, chirurgien-dentiste à Vienne, une brochure de 17 pages sur la *combinaison d'adrénaline et de cocaïne pour l'anesthésie locale en dentisterie.* Cette brochure est publiée par la maison C. Ash et fils, de Vienne.




MARIAGE.

Nous apprenons le mariage de deux des meilleurs élèves de l'Ecole dentaire de Paris, M. Adrien Gencel, avec Mlle Amélie Labie, l'un et l'autre diplômés de l'Ecole et chirurgiens-dentistes de la Faculté de Paris.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

E. P.

## DERNIÈRE HEURE

Au moment où nous mettons ce numéro sous presse, nous sommes à Angers au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, où la Section d'Odontologie tient des séances des plus intéressantes.

Nous devons dès aujourd'hui adresser à nos aimables confrères angevins nos vifs remerciements pour leur gracieuse réception et pour la bonne organisation des séances de communications et de démonstrations dont nous serons très heureux de donner ultérieurement le compte rendu.

LA RÉDACTION.

## COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui va suivre de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

23e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1903 Vol. XXX




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# RADIOLOGIE DENTAIRE

Par Paul Guye D.D.S., de Genève.

*Travail présenté au Congrès de médecine de Madrid (Section d'Odontologie et de Stomatologie. Mai 1903).*

Peu de temps après la découverte sensationnelle de Roëntgen, le Dr W. J. Morton, par un travail présenté le 24 avril 1896 à la Société Odontologique de New-York, attirait l'attention du monde dentaire sur les services que pouvait rendre aux dentistes la nouvelle modalité de l'énergie électrique qui venait de faire son apparition. Depuis, un certain nombre d'expérimentateurs dans tous les pays, mais spécialement aux États-Unis, s'occupèrent de la question et lui firent faire de notables progrès.

Ces travaux des pionniers de la radiologie dentaire ont été, il est vrai, accueillis avec attention et intérêt par la profession ; mais il ne semble pas que la voie ainsi ouverte ait été suivie par beaucoup de nos confrères et, jusqu'à présent, l'utilisation des rayons X dans la pratique dentaire est restée plutôt une curiosité et une rareté. Ayant de bonne heure reconnu l'importance de la question et retiré de ce

nouveau mode d'investigation des avantages si considérables que je ne saurais plus à aucun prix m'en passer, j'ai cru devoir apporter ici une modeste contribution à sa vulgarisation en cherchant, à l'exclusion de toute considération théorique, à montrer de quelle manière un service radiologique peut être installé dans tout cabinet dentaire moderne et quelle aide inappréciable le praticien pourra en retirer.

*Production des rayons X.* — Les rayons de Roëntgen sont produits, ainsi que chacun le sait, par des décharges électriques à haute tension dans le vide au millionième de l'ampoule de Crookes.

On n'est pas encore fixé sur le mode de transformation de l'énergie électrique en radiations de Roëntgen ; mais, en attendant que les physiciens se soient mis d'accord, nous nous contenterons d'utiliser de notre mieux les résultats acquis empiriquement. C'est du reste ce qu'on a dû faire pour toutes les autres applications de l'électricité.

Une ampoule de Crookes étant donnée, il serait éminemment désirable de pouvoir l'actionner au moyen du courant électrique fourni par une distribution urbaine. Une telle utilisation, semblable à celle d'une lampe à incandescence, serait l'idéal de la simplicité et du bon marché, mais nous sommes encore obligés de recourir à un appareil coûteux et compliqué.

Nous pourrons produire nos rayons X au moyen de trois appareils différents, qui ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients : la machine statique, la bobine de Tesla et la bobine de Rhumkorff.

La machine statique a d'assez nombreux partisans. C'est une solution simple et complète par elle-même et qui convient particulièrement lorsque l'on ne dispose que du courant alternatif monophasé ou polyphasé, plus difficile à utiliser directement que le courant continu à 110 volts. Il suffit, à l'exclusion de tout autre appareil accessoire, de posséder une machine statique de grandes dimensions et à plusieurs plateaux, roulant sur billes préférablement et montés sur un bâti métallique permettant de grandes vi-

tesses, et de relier l'ampoule radiogène aux deux pôles de cette machine pour obtenir de très bons résultats. A défaut de moteur hydraulique, électrique ou autre, on pourra recourir à la mise en marche par un aide qui agira sur une manivelle ou préférablement sur des pédales comme celles d'une bicyclette. La machine statique a l'avantage de donner sur l'écran une image très fixe se prêtant fort bien à la radioscopie et de ne pas détruire promptement les ampoules, mais ses inconvénients sont encore nombreux, et les effets que l'on peut en tirer sont incontestablement moins puissants que ceux que produisent les fortes bobines actionnées par des interrupteurs-turbines à mercure ou les interrupteurs électrolytiques de Wehnelt, de Caldwell ou autres similaires. Le nettoyage, si important, des divers organes de la machine statique avant de la mettre en fonctionnement, prend beaucoup de temps, quels que soient les progrès importants qui ont été réalisés dans ce domaine. De plus, beaucoup de machines fonctionnent mal ou refusent même de s'amorcer par un temps humide et on leur reproche aussi de s'inverser souvent.

Quant à la bobine de Tesla, malgré les résultats remarquables qu'elle a donnés, paraît-il, on lui reproche d'être extrêmement bruyante et de mettre rapidement hors d'usage les ampoules de Crookes. Son emploi ne s'est donc pas introduit dans la pratique courante.

La grande majorité des auteurs est d'accord pour préconiser à l'heure actuelle la bobine de Rhumkorff de 35 centimètres d'étincelle au moins, instrument robuste et toujours prêt à fonctionner, même sans aucun nettoyage, malgré l'humidité et la pluie.

*Sources de courant.* — Quant aux sources de courant au moyen desquelles on peut actionner une bobine, on pourra recourir aux piles, aux accumulateurs et aux distributions électriques urbaines.

Les piles demandent tant de temps et de soins et les inconvénients qu'elles présentent sont si nombreux que ce n'est vraiment qu'en désespoir de cause que l'on se servira

de ce moyen suranné. Les accumulateurs aussi, quoique préférables aux piles primaires, exigent beaucoup d'attention et d'expérience, si l'on veut qu'ils soient toujours en bon état de fonctionnement et qu'ils ne se détériorent pas rapidement. De plus, cette solution entraînerait des frais élevés d'installation au cas où l'on voudrait marcher sur interrupteur électrolytique (ce qui est actuellement, comme nous le verrons, la solution la plus simple), car il faut une centaine de volts et par conséquent cinquante éléments d'accumulateurs.

Toutes les fois donc qu'on se trouvera à portée d'une canalisation électrique quelconque, on renoncera aux piles et aux accumulateurs et l'on se reliera directement au réseau.

Le courant continu à 110 volts est celui qui s'adapte le mieux à tous les besoins et permet la plus grande latitude dans le choix de l'interrupteur. On pourra avec ce courant s'adresser aux divers modèles d'interrupteurs mécaniques mus par un moteur (modèles Contremoulins-Gaiffe et Schickelé-Maury), aux turbines à mercure de Boas, aux divers interrupteurs rotatifs à jet de mercure (modèles Max Lévy et autres), ainsi qu'à l'interrupteur électrolytique (modèles Wehnelt et Caldwell). Les trembleurs Radiguet cuivre sur cuivre dans le pétrole donnent aussi de bons résultats, mais les trembleurs ordinaires ne conviennent pas pour les grandes intensités. Au-dessus de 5 ampères le platine fond souvent et le marteau colle, mettant la bobine en très grand péril. Les trembleurs à mercure genre Foucault sont très délaissés pour les grosses bobines.

Sur le courant alternatif monophasé on se trouve plus limité quant au modèle d'interrupteur à adopter. On pourra recourir à l'interrupteur électrolytique de Wehnelt qui fonctionne directement et agit comme redresseur de courant. C'est la solution à laquelle je me suis arrêté pour le moment et, malgré quelques inconvénients, j'obtiens de bons résultats.

Il serait évidemment préférable de redresser le courant

alternatif au moyen d'un convertisseur rotatif ou moteur-dynamo, mais c'est là une combinaison très coûteuse, car, d'une part, l'acquisition d'un groupe moteur-dynamo constitue une dépense très élevée et, d'autre part, le rendement n'est pas bon pour des appareils de faible puissance. Il y a perte dans le moteur et perte dans le dynamo, sans compter les déperditions importantes qu'on observe dans le rhéostat et dans l'interrupteur et qui se produisent dans tous les cas.

Il a été mis sur le marché dernièrement des redresseurs de courant qui sont basés sur la propriété, connue depuis longtemps, de l'aluminium plongé dans un électrolyte d'opposer une très grande résistance à un courant dirigé dans un sens, tandis que le courant inverse passe facilement. Ces soupapes électrolytiques, ou clapets électriques, comme on les a appelées, fonctionnent bien et pourront probablement rendre des services lorsque leur prix sera devenu plus abordable.

*Interrupteurs.* — Outre les interrupteurs que j'ai mentionnés, il existe certains interrupteurs construits spécialement pour le courant alternatif. Je citerai celui du professeur Villard, trembleur qui intercepte une phase de l'alternatif et le transforme en courant redressé et intermittent et la turbine à mercure pour courant alternatif de l'Allgemeine Elektricitäts Gesellschaft, qui fonctionne si bien que ses constructeurs n'hésitent pas à affirmer que les résultats sont supérieurs à ceux qu'on obtient sur le courant continu. Je n'ai pas d'expérience sur ce point.

De tous ces appareils, celui qui jouit de la plus grande vogue à l'heure actuelle et qui, malgré quelques petits inconvénients qui pourront vraisemblablement être écartés, permet la meilleure utilisation des bobines, est l'interrupteur électrolytique de Wehnelt, qui fonctionne sur tous les courants, même sur le triphasé en intercalant, d'après le Dr Delézinier, une bobine spéciale de décalage.

L'interrupteur de Wehnelt est constitué simplement par une cuve pleine d'eau acidulée dans laquelle plongent

deux électrodes, l'une positive en platine, l'autre négative en plomb. Il se produit au niveau de l'électrode de platine qui est très petite des phénomènes de caléfaction avec abondant dégagement de gaz qui tantôt interceptent, tantôt laissent passer le courant.

Ces interruptions peuvent se répéter un très grand nombre de fois par seconde, ce qui permet une utilisation intensive des bobines et provoque une abondante formation de rayons X.

L'interrupteur Caldwell n'est qu'une modification du Wehnelt. Il est constitué par deux cuves remplies d'eau acidulée et séparées par une cloison en porcelaine percée d'un ou plusieurs petits trous, au niveau desquels se produisent les mêmes phénomènes décrits ci-dessus. Dans chacune des cuves baigne une électrode en plomb.

Plusieurs auteurs recommandent vivement le Caldwell, qui est dépourvu de plusieurs des inconvénients du Wehnelt, notamment la grande consommation de courant et l'usure rapide de l'électrode positive de platine. Toutefois il ne redresse pas le courant alternatif comme le Wehnelt et ne peut par conséquent être utilisé que sur le continu.

Un des principaux inconvénients des interrupteurs électrolytiques est la rapide mise hors de service des tubes qui ne seraient pas construits expressément pour cet usage. En effet, l'anticathode rougit au bout de très peu de temps et peut même fondre. En tout cas l'état de vide du tube, lorsque l'anticathode est portée au rouge, change constamment et oblige à utiliser à chaque instant l'osmorégulateur. Il est donc absolument indiqué de ne faire marcher sur Wehnelt que les tubes spéciaux à anticathode renforcée.

Il existe même des tubes à anticathode refroidie par un courant de liquide qui permettent une utilisation intensive et prolongée. Un autre reproche qu'on fait aux interrupteurs électrolytiques, c'est l'échauffement rapide du liquide (cause de déperdition considérable de courant dans la cuve de l'interrupteur Wehnelt), qui vient assez vite arrêter le fonctionnement, lequel n'est régulier qu'à une tem-

pérature notablement inférieure à celle de l'ébullition. Il est donc indiqué de se servir soit d'une cuve de très grandes dimensions, soit d'y introduire une circulation d'eau froide par le moyen d'un serpentin.

Toutefois, ces divers inconvénients, majeurs dans un service hospitalier, généralement très chargé, perdent beaucoup de leur importance dans un cabinet de radiologie dentaire, qui ne fonctionne que pendant un temps forcément limité.

Avec le Wehnelt sur l'alternatif il sera indispensable, si l'on ne veut pas détériorer promptement les tubes, d'arrêter les décharges inverses de la bobine ou courants de fermeture, plus faibles que les autres, mais gênantes néanmoins. Ceci peut s'opérer en intercalant dans le circuit secondaire un détonateur réglable, dont la résistance sera calculée pour intercepter ces courants inverses, tout en laissant passer ceux qui circulent dans le sens voulu. On peut également placer en série avec le tube un tube-soupape de Puluj, ampoule vide d'air renfermant un tube capillaire qui donne le même résultat.

Il est évident que les résultats sont meilleurs sur le courant continu ; mais néanmoins, si l'on se trouve sur l'un quelconque des réseaux électriques si répandus de nos jours, on pourra toujours, même si le courant est à 220 volts, en consentant à des pertes dans les rhéostats, fonctionner dans de bonnes conditions, malgré les dires contraires de certains constructeurs.

*Ampoules.* — Pour obtenir de bons résultats avec les rayons X il faut assurément une bonne bobine et un bon interrupteur, mais il est encore plus indispensable d'avoir de bonnes ampoules, car le succès dépend dans une très large mesure de ces instruments capricieux, si difficiles à conduire.

Suivant le degré de vide de l'ampoule, la pénétration des rayons émis varie considérablement. Plus l'ampoule est neuve, et par conséquent riche en molécules d'air que la trompe à mercure n'a pu retirer, et moins les rayons sont

pénétrants. C'est ce qu'on appelle un tube tendre et des rayons mous. Le temps de pose est alors plus prolongé et les fortes épaisseurs ne peuvent être traversées. Une telle ampoule donne sur l'écran et sur la plaque photographique des images riches en détails. A mesure que l'âge de l'ampoule augmente, le vide devient plus grand; la résistance opposée au courant devient considérable et il faut augmenter l'intensité dans le courant primaire de la bobine. Les rayons sont alors plus pénétrants et traversent tous les tissus, durs ou mous, de l'économie. L'ampoule est alors dite dure. Elle donne sur l'écran et sur la plaque photographique une image grise et sans contrastes.

On mesure pratiquement la résistance d'une ampoule, et par conséquent la puissance de pénétration des rayons qu'elle émet, au moyen du spintermètre ou détonateur gradué, placé en dérivation sur le circuit secondaire. Lorsque le courant passe indifféremment par le tube ou sous forme d'étincelles par le spintermètre, on obtient ce qu'on appelle l'étincelle équivalente du tube. On mesure alors la distance qui sépare les pointes du spintermètre et l'on se trouve à même de comparer entre eux d'une manière suffisante, quoique très relative, les tubes radiogènes quant à leur résistance et à la pénétration des rayons X qu'ils émettent.

La principale difficulté qu'on trouvera sur sa route est la conduite des tubes, qui demande de l'expérience. Il arrive qu'une ampoule essayée au préalable et réglée avant l'opération varie de résistance au cours de celle-ci, ce qui produit une grande incertitude dans le temps de pose d'abord, et ensuite change du tout au tout le caractère de l'image obtenue.

On explique généralement le fait que le vide augmente dans les tubes en disant que des molécules du métal dont sont composées les électrodes sont projetées à l'état de division très fine contre les parois et, en vertu d'une propriété connue que possèdent les métaux sous cette forme, absorbent les quelques molécules d'air qui restaient disponibles.

Le courant refuse alors de passer et, si on le pousse trop, il passera de préférence autour de l'ampoule et pourra même la percer, ce qui la mettra irrémédiablement hors d'usage.

*Réglage du vide dans l'ampoule.* — Si l'on veut utiliser un tube dur, il devient nécessaire de diminuer le vide, et plusieurs procédés ont été proposés dans ce but. Le plus simple est le chauffage au moyen d'un fort bec de Bunsen. Quelques molécules d'air sont alors dégagées des parois de verre et le courant peut passer de nouveau, mais ce moyen ne peut servir que peu de temps et bientôt il faudra mettre l'ampoule au rebut ou la retourner au constructeur, qui pourra parfois la rouvrir pour la remettre en état.

Beaucoup de fabricants se sont donc attachés à construire des tubes dans lesquels le vide peut être diminué à volonté. Un moyen théoriquement excellent, mais inexécutable en pratique, serait de relier l'ampoule à une trompe à mercure. Une maison allemande contruit des tubes munis d'un robinet à ouverture capillaire, qui permet, lorsque le vide est devenu trop grand, d'introduire quelques molécules d'air. Certains constructeurs introduisent dans un petit tube annexe de la potasse caustique ou d'autres substances qui dégagent des gaz ou de la vapeur d'eau lorsqu'on les chauffe. L'inconvénient de ce mode de régularisation est la presque impossibilité dans laquelle on se trouve de libérer exactement la quantité de gaz nécessaire, car cette quantité ne doit varier que dans des limites extrêmement étroites. On en vient facilement à introduire trop de gaz et à rendre son tube trop mou, ce qui oblige à le laisser au repos longtemps ou à se livrer à des manœuvres délicates pour le durcir.

Un perfectionnement de cette méthode a été apporté par la maison Müller, de Hambourg. Il consiste à construire des ampoules auto-réglables, dans lesquelles, au moment où le vide et par conséquent la résistance deviennent plus grands qu'on ne le désire, une étincelle jaillit dans un petit détonateur réglable placé sur l'ampoule ; une fraction du courant se dérive alors dans un petit tube annexe renfermant

la substance qui doit émettre du gaz et l'échauffe exactement assez pour ramener le vide au point déterminé à l'avance par l'opérateur. Ce réglage s'opère en écartant l'une de l'autre les deux pointes du détonateur suivant la pénétration qu'on désire.

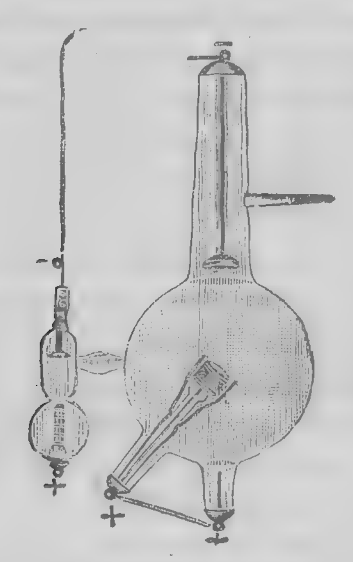



Fig. 1. — Ampoule auto-régulatrice de C. H. F. Müller.

La méthode qui a jusqu'ici rencontré le plus de faveur est celle du professeur Villard, qui utilise la propriété, signalée par Sainte-Claire-Deville, que possèdent certains métaux chauffés au rouge, de laisser passer l'hydrogène. Un petit tube de palladium ou de platine fixé à l'ampoule et communiquant avec l'intérieur peut être chauffé au moyen d'un petit bec Bunsen ou d'une lampe à alcool. Un peu de l'hydrogène libre qui se trouve dans toute flamme s'introduit par osmose dans le tube, d'où le nom d'osmo-régulateur donné à ce petit appareil. Il est également possible, quoique très long, de retirer du gaz en chauffant au rouge le petit tube, mais cette fois en le protégeant contre le contact de la flamme en interposant un autre tube de platine d'un calibre supérieur. Dans ces conditions l'hydrogène diffuse en sens inverse. Des tubes de ce système sont fabriqués par Chabaud à Paris et Gundelach à Gehlberg.

M. Dessauer, d'Aschaffenbourg, a proposé récemment de régler la pénétration des rayons X par un nouveau procédé. Il entoure l'anticathode d'un tube de verre enveloppé lui-même d'un manchon métallique, constituant ainsi, dans l'intérieur de l'ampoule, une petite bouteille de Leyde, dont l'une des armatures est constituée par l'anticathode et l'autre par le manchon métallique, percé naturellement d'un trou au point d'émergence des rayons. L'inventeur affirme pouvoir par ce procédé régler dans des limites très larges la

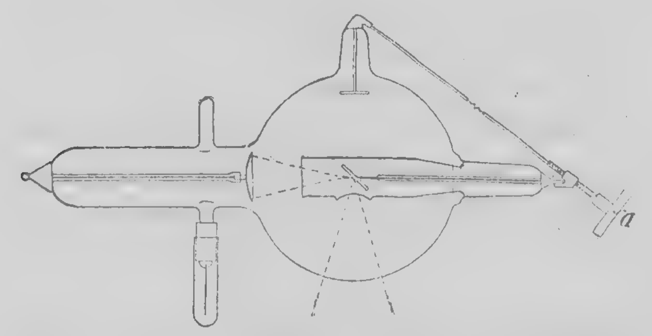



Fig. 2. — Ampoule réglable de Gundelach-Dessauer.

pénétration des rayons et voici l'explication qu'il donne à ce sujet : la pénétration des rayons ne proviendrait pas, d'après lui, de l'état de vide de l'ampoule, mais de la charge électrostatique des ions négatifs formés sur l'anticathode et projetés au dehors. La pénétration des rayons X serait d'autant plus grande que la charge de ces ions est plus forte. L'anode est reliée à l'anticathode par un petit détonateur réglable. A mesure qu'on raccourcit la distance qui sépare les deux pointes de ce détonateur, une partie croissante du courant positif se dérive sur l'anode et vient partiellement décharger le manchon métallique et par suite décharger aussi d'autant les ions négatifs, ce qui diminuerait la pénétration.

De plus, l'ouverture percée dans le manchon métallique qui entoure l'anticathode aurait l'avantage de servir de diaphragme et d'empêcher les rayons diffusés dans l'air de provoquer le flou et le voile sur l'image.

Si ces données sont vérifiées par l'expérience, il y aurait là, outre un perfectionnement important, la confirmation expérimentale de la théorie, plausible et intéressante, de la formation des rayons X par l'électrolyse des molécules d'air restant dans l'ampoule et leur dissociation en ions positifs et négatifs.

Régler la pénétration sans modifier continuellement le vide serait éminemment désirable, d'autant plus que rien n'empêche d'ajouter à l'ampoule Dessauer un osmo-régulateur qu'on n'utiliserait que dans le cas où le nouveau dispositif serait insuffisant.

Un fait qui a été constaté souvent et qui vient à l'appui de la théorie de Dessauer, c'est que parfois, avec certaines ampoules, on peut obtenir trois degrés différents de pénétration des rayons X en reliant le positif de la bobine à l'anode seule, à l'anticathode seule ou à ces deux électrodes ensemble.

L'ampoule étant en fonctionnement, on peut procéder à l'examen des organes de deux manières : 1° par la radioscopie, en recevant l'image sur un écran recouvert d'une substance fluorescente, généralement du platino-cyanure de baryum, ce qui la rend visible à l'œil humain ; 2° par la radiographie, en remplaçant l'écran par une plaque photographique qu'on développe par les procédés habituels. Tout ceci est connu de chacun et je n'insiste pas.

*Installation d'un cabinet de radiologie dentaire.* — J'arrive maintenant à l'installation et l'utilisation d'un cabinet de radiologie dentaire.

Le choix des appareils est de première importance. Après expérience faite avec divers appareils, je puis recommander l'emploi d'une bobine de 35 à 45 centimètres d'étincelle avec interrupteur électrolytique. On fera ainsi l'économie d'un condensateur (qui est inutile, les interruptions étant trop rapides pour qu'il puisse se charger) et d'un interrupteur à mercure ou d'une turbine dont le prix est élevé, comparé à celui d'un Wehnelt, que chacun pourra du reste aisément construire lui-même. Il est en effet préférable de consacrer

la plus forte somme possible à l'acquisition d'une bobine puissante répondant à tous les besoins et permettant de raccourcir notablement les temps de pose et d'utiliser certains tubes qui prendraient plus de courant que celui dont on disposerait. On évitera ainsi d'avoir à faire plus tard un échange coûteux si l'on s'était trop petitement monté tout d'abord.

Le dentiste qui voudra faire de la radiologie pourra se contenter, s'il ne disposait pas d'un local séparé, d'installer ses appareils dans son cabinet d'opérations ; mais, outre l'encombrement, un tel déploiement d'instruments d'aspect rébarbatif, venant renforcer l'arsenal du praticien moderne, déjà bien effrayant pour les patients timides, aurait des inconvénients manifestes. Si la disposition des lieux s'y prêtait, il serait avantageux de placer dans une pièce contiguë la bobine et un interrupteur Wehnelt à pointes multiples permettant de régler à distance l'intensité du primaire et de faire traverser la cloison aux fils amenant le courant secondaire à l'ampoule, ce qui aurait l'avantage de soustraire aux regards du sujet tous les appareils autres que l'ampoule et d'éviter le bruit de l'interrupteur. Mais généralement on préférera, si on le peut, affecter un local spécial à l'installation de tout l'appareillage.

Il sera indispensable d'opérer dans une pièce sèche, car l'humidité voile les pellicules. De plus, les bobines ont un meilleur rendement dans une atmosphère sèche et chaude.

Quant aux ampoules, il sera nécessaire d'en avoir plusieurs afin de ne pas les surmener. Il faudra les choisir d'un modèle réglable, car, en dernière analyse, elles seront plus économiques que les ampoules ordinaires qui sont promptement mises hors d'usage après avoir causé à l'opérateur bien des pertes de temps. Du reste, le dentiste se servira exclusivement de tubes mous et ne saurait que faire de tubes durcis, qu'un radiographe professionnel utiliserait avantageusement pour les fortes épaisseurs, le bassin notamment.

Le dentiste ne pourra que très difficilement utiliser l'écran à la manière habituelle, car, par ce procédé, la superposition

des plans des deux côtés des maxillaires produit une confusion telle qu'il est impossible de rien distinguer.

J'ai tenté sans succès de regarder à l'écran en faisant ouvrir largement la bouche du malade afin d'introduire les rayons dans la cavité buccale et de n'obtenir que l'image d'un seul côté. On a essayé également d'introduire dans la bouche de petits écrans fluorescents et de regarder l'image au moyen d'un miroir à bouche, mais cela aussi est très difficile. On est fortement gêné par le voisinage de l'ampoule et l'image perd par réflexion beaucoup de sa luminosité, qui est déjà faible. Il est nécessaire de rester dans l'obscurité pendant un temps assez long afin que l'œil puisse acquérir assez d'acuité visuelle pour apercevoir quelque chose. Il faut se souvenir, en effet, que pour certains observateurs un séjour de dix minutes dans une chambre absolument noire amplifie de 50 à 100 fois la sensibilité de l'œil, tandis qu'au bout de 20 minutes l'augmentation peut aller jusqu'à 200 fois. Il sera donc bon, pendant qu'on fait les préparatifs, de réaliser dans le cabinet noir une demi-obscurité en utilisant une lumière faible comme celle d'une lampe électrique verte.

Toutefois, la perte de temps est grande et l'on arrivera presque plus vite, tout en obtenant un meilleur résultat, en faisant une radiographie par le procédé habituel aux dentistes, c'est-à-dire en introduisant dans la bouche une pellicule photographique enfermée dans une double enveloppe de papier noir.

*Endodiascopie.* — Il existe cependant une méthode, encore peu connue, qui promet de donner de bons résultats, c'est celle du Dr Bouchacourt et appelée par lui *endodiascopie.* Elle consiste à exciter unipolairement une ampoule spéciale très allongée qu'on peut introduire dans la bouche. Pour réaliser cette expérience, on décharge électriquement, en le reliant à la terre par une conduite d'eau ou de gaz, un des pôles de l'ampoule, l'anode, tandis que le pôle positif de la source est également mis à la terre de la même manière.

Si l'on a adopté comme source de courant une machine statique, il n'y a pas de difficulté, mais si l'on utilise comme source de courant secondaire une bobine, comme il y a danger pour l'instrument à relier, sans autre, un pôle à la terre, il est nécessaire de se servir d'une bobine dissymétrique ayant une borne spéciale de mise à la terre. Le transformateur perd ainsi la moitié de sa puissance, mais cela n'a pas d'inconvénient, vu la faible distance qui sépare le tube de l'objet à radioscoper, ce qui permet une utilisation complète des rayons.

J'ai fait ces derniers mois des essais, assez timides, du reste, avec cette méthode, soit avec une bobine, soit avec une machine statique, et obtenu de bons résultats, mais je ne me hasarderai pas à me prononcer sur son innocuité, qui est du reste affirmée d'une manière positive par l'inventeur, lequel a fait fonctionner des ampoules dans des cavités pendant de longues périodes sans aucun inconvénient (50 heures en quelques semaines pour un même sujet).

Il est évident que l'on ne devra pas attendre de la radioscopie par cette méthode (ou endodiascopie), de même que de la radioscopie pratiquée par les procédés habituels, une aussi grande netteté et une aussi grande finesse de détails que celles que l'on obtient par la radiographie, mais dans beaucoup de cas où il suffira de voir les choses en gros, par exemple lorsqu'il s'agit simplement de constater la présence ou l'absence d'une dent incluse dans le maxillaire ou de rechercher des corps étrangers, on pourra avec grand avantage se borner à un examen endodiascopique qui ne prend pas de temps, réservant la radiographie, avec le développement inévitable de la pellicule, pour les cas où elle sera absolument nécessaire.

Un inconvénient de l'endodiascopie est la déformation considérable qui est imprimée à l'image par la trop grande proximité du tube relativement à l'objet à examiner. Dans le cas précité, toutefois, cet inconvénient serait très relatif et compensé par l'avantage de regarder l'objet sous des angles différents, tout en embrassant un champ plus étendu.

*Endodiagraphie.* — Il serait aussi possible, à la rigueur, de faire ce que le Dr Bouchacourt appelle une endodiagraphie par le même procédé, en introduisant une pellicule sensible dans le vestibule de la bouche ou contre la joue, mais la difficulté d'immobiliser à la fois le patient, la plaque et le tube est trop grande pour qu'on puisse espérer arriver à une netteté suffisante. Il faudrait là de la radiographie instantanée et nous en sommes encore assez loin, surtout avec les tubes unipolaires, qui demandent, au contraire, un temps de pose plus long que les autres.

*Préparation de la pellicule.* — Il sera donc préférable, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir, pour la radiographie, au procédé habituel. Il ne sera plus nécessaire actuellement avec les appareils puissants dont disposent les radiographes de prendre une empreinte en *stents* et de s'en servir pour maintenir en place la pellicule, comme l'avaient proposé Godon et Contremoulins, ou même de construire une plaque de vulcanite dans le même but, comme cela a été fait par divers auteurs. Il est même à peine nécessaire, surtout pour le maxillaire supérieur, de protéger la pellicule contre l'humidité en l'enveloppant de gutta-percha ou de caoutchouc non vulcanisé, car, pendant une pose de 30 secondes au plus comme celle qui est nécessaire actuellement avec une forte bobine actionnée par un Wehnelt et un bon tube, cette précaution ne sera pas indispensable. Une double enveloppe de papier noir paraffiné suffit amplement, sauf dans les cas de salivation abondante.

Il est préférable toutefois, si l'on n'était pas en mesure de la développer immédiatement, de retirer la pellicule de son enveloppe et de la conserver au sec et à l'obscurité. Ces pellicules sont extrêmement sensibles à l'humidité, même celle de l'air.

*Préparation du sujet.* — Dans le cas d'une radiographie destinée à faciliter le diagnostic de lésions causées par un abcès alvéolaire, à reconnaître des courbures anormales dans les canaux radiculaires ou à déterminer la longueur exacte d'une racine donnée, j'ai employé avec avantage

une méthode précise qui est nouvelle, je crois. Elle consiste à introduire dans chaque canal et dans chaque trajet fistuleux une petite pointe conique de plomb ou d'étain comme celles qui servent à l'obturation des canaux et qui jouera le rôle de guide pour l'interprétation du cliché et sera très utile pour parer aux effets de la déformation en indiquant dans quel sens elle s'est opérée. On obtiendra des indications précises à cet égard en comparant la longueur effective de cette pointe métallique conservée dans ce but avec celle de son image radiographique. On pourra alors avec une certitude presque mathématique pratiquer des opérations de petite chirurgie sur les racines, trépanation alvéolaire, résection du sommet d'une racine ou de la totalité de celle-ci, amputation totale d'une seule des racines d'une multicuspidée, etc. Dans le traitement des canaux, cette méthode rendra également de très grands services.

La position à donner au patient demande passablement d'étude, si l'on veut arriver à de bons résultats. Il sera préférable, pour atteindre plus sûrement l'immobilité désirable, de faire coucher le sujet sur une table recouverte d'un matelas et de lui poser la tête sur un coussin dur. Il est évident que le risque de déplacement involontaire de la tête sera ainsi réduit à un minimum, mais la plupart des patients préféreront évidemment être assis dans un fauteuil. On pourra, dans cette position également, obtenir de très bons résultats, surtout si ce temps de pose est réduit.

On se servira d'un fauteuil en bois et non d'un fauteuil dentaire ordinaire, une telle masse de fer ayant pour effet d'attirer des effluves. On s'éloignera aussi de la bobine le plus possible, car il a été constaté que le noyau de fer de l'inducteur détourne le faisceau des rayons cathodiques. Les rayons X, au lieu d'émaner d'un seul point de l'anticathode, sont alors formés sur une surface étendue, ce qui produit du flou.

Les fils reliant la bobine à l'ampoule devront être minces et souples, même au détriment de l'isolement, afin de ne pas imprimer des trépidations, nuisibles à la netteté. Il sera

avantageux de les suspendre au plafond par des cordons isolants, de façon à permettre la circulation autour des appareils et à éviter les déperditions de courant par le contact des conducteurs avec des objets environnants.

On essayera son tube avant d'opérer et on le règlera, s'il y a lieu, avec l'osmo-régulateur; mais, comme l'état du vide varie souvent d'une façon très appréciable lorsqu'on laisse refroidir le tube, surtout si l'on vient de faire usage de l'osmo-régulateur, je conseillerai de renfermer, pendant ces préparatifs, la pellicule dans une boîte en plomb, étanche aux rayons et placée à portée de la main.

On pourra ainsi procéder à la pose sans aucun retard immédiatement après le réglage du tube, qui durcit souvent pendant qu'on va chercher la pellicule préparée dans la pièce voisine, où l'on a dû la tenir à l'abri des rayons X. Ces derniers voilent en effet les préparations photographiques même à travers les murs de brique.

L'introduction de la pellicule tout au fond de la bouche pour la prise de radiographies destinées à la recherche des troisièmes molaires sera souvent remplie de difficultés. Le patient est parfois pris de nausées et l'on se trouve obligé de renoncer, ou bien encore un mouvement de déglutition involontaire vient au milieu de la pose déplacer la pellicule et compromettre le résultat. L'usage de la cocaïne rendra ici de grands services, mais on se trouvera quelquefois dans la nécessité de faire une radiographie sur une plaque placée à l'extérieur et en faisant traverser aux rayons les deux côtés du maxillaire, malgré l'inconvénient qu'il y a à procéder ainsi.

Pour les radiographies de portions du maxillaire inférieur il sera bon d'introduire entre les mâchoires un bâillon comme ceux qui sont employés dans les anesthésies au protoxyde d'azote et de prier le patient de soutenir son menton avec son poing fermé. Il est très difficile en effet dans ce cas d'immobiliser les parties suffisamment pour obtenir un cliché net.

*Position de l'ampoule.* — La position à donner à l'am-

poule influe beaucoup sur le résultat. Il faut, comme en radiographie chirurgicale, s'attacher à faire tomber le rayon incident bien perpendiculairement au plan de l'objet à examiner. Pour les dents antérieures du haut, pour peu qu'il y ait un peu de prognathisme, on sera surpris de voir à quelle hauteur il faudra amener l'ampoule pour ne pas avoir une image déformée et dans laquelle les dents seront démesurément allongées (fig. 4). Au lieu de placer l'anticathode en face des lèvres, on sera souvent obligé de l'élever plus haut que la tête du sujet. La raison en est que l'on ne peut pas tenir la pellicule parallèlement au plan dans lequel sont situées les dents à cause de la voussure du palais; c'est ce qui fait que dans bien des cas la déformation est inévitable.

*Temps de pose.* — Le temps de pose varie considérablement suivant la puissance des appareils employés, l'épaisseur des tissus à traverser, la plus ou moins grande porosité de l'os, en relation avec l'âge du sujet, et surtout suivant l'état du tube. Dans les conditions où je me trouve, je n'ai presque jamais dépassé 30 secondes, mais je crois qu'il est possible d'arriver à poser beaucoup moins.

Il est donc difficile de donner des indications précises; ici encore l'expérience sera le meilleur maître. Pour faciliter l'étude des conditions dans lesquelles on opérera, il faudra autant qu'il est possible adopter une distance — toujours la même — entre l'anticathode et le sujet, en se souvenant que l'intensité de l'action des rayons X est, à très peu de chose près, inversement proportionnelle au carré de la distance.

20 à 30 centimètres sont la distance qui est généralement adoptée.

*Écrans renforceurs.* — Lorsqu'il s'agira d'opérer le plus rapidement possible pour des enfants par exemple, on pourra recourir avec avantage, quoique au détriment de la netteté, à des écrans renforceurs au tungstate de calcium. On place la pellicule entre deux cartons recouverts de ce sel, dont la fluorescence bleue est plus actinique que

celle du platino-cyanure de baryum. La pose est alors considérablement raccourcie.

*Réglage du tube.* — Il serait facile de rendre la pose plus courte en se servant d'un tube dur et de rayons pénétrants, mais on n'obtiendrait ainsi qu'un cliché flou et sans contrastes, qui ne donnerait pas les renseignements demandés, tandis qu'en employant un tube mou les rayons, moins pénétrants, sont facilement arrêtés par les tissus les plus denses et l'on obtient une image riche en contrastes, dans laquelle les plus petits détails de structure de l'os sont visibles.

Le tube le meilleur pour notre usage est celui qui donne sur l'écran fluorescent une image de la main dans laquelle les os sont noirs et tranchent nettement comme valeur avec les tissus mous, tandis que le tube dur traverse avec la même facilité tous les tissus et donne une image à peu près uniformément grise. Il s'agit ici de différencier nettement les dents de l'os qui les entoure et, seul, un tube assez mou est capable de donner ce résultat.

Pour arriver rapidement à connaître l'état le plus favorable du tube, il sera très utile de se servir d'un des divers appareils qui ont été proposés dans ce but : radiomètre, radiochromomètre, X posomètre, etc. Tous peuvent être construits par chacun pour son usage particulier et reposent sur l'aspect différent que prennent à l'écran les ombres projetées par une série de plaques métalliques d'épaisseur croissante.

Lorsque tout sera prêt, on introduira dans la bouche la pellicule préparée, qu'on maintiendra en place avec les doigts d'une main, tandis que de l'autre main on fixera la tête du patient. Sur un signal donné un aide fera passer le courant pendant le temps voulu. Il faut beaucoup de sûreté de main pour empêcher tout mouvement de la pellicule.

*Manipulations photographiques.* — Il ne restera plus qu'à développer le cliché, ce qui pourra à la rigueur se faire avec tous les révélateurs connus, mais c'est une formule

courante à l'hydroquinone et au métol qui, entre mes mains, a donné les meilleurs résultats. Toute l'opération doit, de même que la préparation du tube, tendre à obtenir le plus de contrastes possible et même de la dureté. On se servira donc d'un bain concentré et fortement additionné de bromure, suivant les règles employées en pareil cas en photographie.

Une méthode s'adaptant particulièrement bien aux besoins du dentiste, qui généralement disposera de peu de temps, est celle du développement lent en bain dilué. Le même bain que ci-dessus se comportera très bien après avoir été abondamment additionné d'eau. Par des essais préalables, on règlera son révélateur de manière à ce qu'il produise son effet complet au bout de plusieurs heures. On n'aura naturellement pas besoin de rester dans le cabinet noir pendant le développement, mais on pourra simplement venir voir de temps en temps comment l'opération marche. Ceci, bien entendu, lorsqu'on ne sera pas pressé de connaître le résultat de la pose.

Cette méthode a pour elle la logique. On sait en effet que dans la photographie ordinaire la lumière n'exerce une action que sur une faible partie de la couche de gélatino-bromure. Il n'est donc pas aussi indispensable que le révélateur pénètre jusqu'à la plaque de verre, tandis que les rayons de Roentgen traversent presque aussi facilement une douzaine de pellicules qu'une seule et la couche est impressionnée dans sa totalité. Il est donc indiqué, si l'on veut faire ressortir toute l'image qui se trouve dans le gélatino-bromure, de procéder de façon à ne pas avoir, crainte de voile, à arrêter le développement de la couche, avant que le réducteur ait pénétré jusqu'au fond de la couche.

En outre, le développement lent produit moins facilement le voile, si difficile à éviter en radiographie.

De toute manière, le développement devra être poussé à fond et jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace de l'image sur le cliché, qui devient entièrement noir. La raison en est que les négatifs radiographiques baissent beaucoup au

fixage et aussi qu'il est toujours préférable de développer trop plutôt que de ne pas développer assez, vu qu'il est facile de réduire un cliché, tandis que le renforcement ne peut y faire venir ce qui ne s'y trouve pas.

On n'oubliera pas que les pellicules radiographiques sont extrêmement sensibles à la lumière, même rouge, et l'on aura soin de protéger son cliché au moyen d'un carton et de ne l'examiner que furtivement pendant la première partie du développement, tout au moins.

Toute cette question du développement est délicate et demande passablement d'étude. Elle prend aussi beaucoup de temps. On cherchera donc à l'abréger le plus possible, surtout si l'on ne possède pas un personnel susceptible d'être formé de manière à rendre des services. La méthode du développement lent dont je viens de parler sera pour cela un bon moyen. On pourra aussi recourir avec prudence à l'emploi d'éliminateurs chimiques de l'hyposulfite de soude, ce qui abrège notamment le lavage, généralement si ennuyeux. En cas d'urgence on accélérera le séchage en se servant d'un ventilateur électrique. On évitera toutefois le séchage à l'alcool. Mais on n'aura, du reste, pas besoin pour son usage personnel de tirer des positifs, vu que le négatif donne, mieux que toute autre épreuve tous les renseignements voulus à celui qui sait l'interpréter, car certains détails se perdent au tirage.

*Application de la radiologie à l'art dentaire.* — Tous ces divers points de technique étant élucidés, nous allons brièvement passer en revue les divers services que nous pourrons demander aux rayons de Roëntgen dans la pratique de notre art, services déjà maintes fois mis en lumière par les divers auteurs qui ont écrit sur le sujet.

Dans le traitement des malpositions des dents et des anomalies d'éruption : la recherche des dents dont l'évolution est retardée et se fait mal et l'examen de la forme et de la direction des racines de dents à redresser. On se méfiera toutefois tout particulièrement dans ces cas de la déformation, et l'on ne cherchera pas à embrasser un champ

trop étendu, comprenant des dents enchevêtrées ou arrangées suivant des courbes de petit rayon. On aura soin de contrôler l'interprétation du cliché par un examen clinique attentif. On prendrait au besoin plusieurs clichés restreints se complétant les uns les autres.

Dans le traitement et l'obturation des canaux dentaires les rayons X rendront les plus utiles services. Grâce à eux, on pourra connaître à l'avance, à l'aide de la sonde de plomb, la forme, la direction et la longueur des racines, contrôler si l'obturation des canaux a été bien faite, déterminer la longueur qu'il faudra donner à un pivot, reconnaître un faux canal et retrouver des débris d'instruments cassés.

Dans le diagnostic et le traitement chirurgical de l'abcès alvéolaire et de ses conséquences par la trépanation alvéolaire, la résection du sommet d'une racine ou son amputation totale, de même que lorsqu'il s'agira d'extraire des racines profondément situées, l'examen préalable par la radiographie ou l'endodiascopie donnera des indications d'une précision presque mathématique qui rendront beaucoup plus faciles ces opérations de petite chirurgie. On pourra même, ce qui sera un avantage inappréciable, contrôler, par l'un ou l'autre de ces moyens pendant le cours de l'opération, si cette dernière a été bien conduite et si le siège du mal a été atteint.

Dans le traitement des maladies du sinus et la recherche de corps étrangers dans cette cavité, l'emploi de la radiologie est également indispensable. On pourra ainsi aisément s'assurer de la position de la partie la plus déclive afin de faire la trépanation à ce point-là.

Le diagnostic des maladies chirurgicales des maxillaires, des fractures de ces os et la pratique de la prothèse immédiate seront également facilités dans bien des cas par des examens radiologiques.

On pourra également connaître avec certitude l'étendue des lésions osseuses produites par la pyorrhée alvéolaire, diagnostiquer l'hypercémentose des racines et déterminer la présence de nodules pulpaires.

On voit que ce ne sont pas les applications qui manquent et il en surgira certainement tous les jours de nouvelles lorsqu'un plus grand nombre de chercheurs se seront mis à l'œuvre.

*Radiothérapie.* — Une question qui préoccupe beaucoup de médecins spécialistes à l'heure actuelle est celle de la radiothérapie, au sujet de laquelle il faut bien, sous peine d'être par trop incomplet, que je dise quelques mots.

Certains auteurs ont affirmé l'efficacité du traitement par les rayons X dans un grand nombre d'affections graves, telles que le cancer, le lupus, la tuberculose pulmonaire, qui résistaient jusqu'ici à toute méthode thérapeutique. Il est impossible, étant donné les divergences de vues et les contradictions absolues qu'on trouve dans la littérature spéciale, de se faire une opinion quelconque. Les uns attestent que ce sont les rayons seuls qui agissent, et citent des expériences, décisives en apparence, dans lesquelles des résultats ont été obtenus en éliminant tous les autres facteurs, tandis que d'autres, tout aussi éminents et compétents, haussent les épaules lorsqu'on leur parle de radiothérapie et affirment que les radiations électriques émanées de l'ampoule sont la seule cause des guérisons obtenues.

Il est possible que, malgré tout, la lumière se fasse sous peu et que la thérapeutique dentaire s'enrichisse d'un nouveau moyen de traitement efficace dans certains cas pathologiques contre lesquels le dentiste a jusqu'ici lutté sans succès. Je pense ici en premier lieu à la pyorrhée alvéolaire, qui semble *a priori* justiciable de la radiothérapie, si une telle chose existe.

Ceux qui voudraient expérimenter dans cet ordre d'idées devront avant tout avoir en vue le danger des accidents, qui, comme chacun le sait, sont d'autant plus sérieux que la couche de tissus mous qui recouvre les os est plus mince. Or, la fibro-muqueuse gingivale semble à cet égard un terrain plutôt dangereux. Il y a là néanmoins une étude très intéressante à entreprendre.

*Dangers des rayons X.* — Quant aux dangers des

Planche I.



Fig. 3.

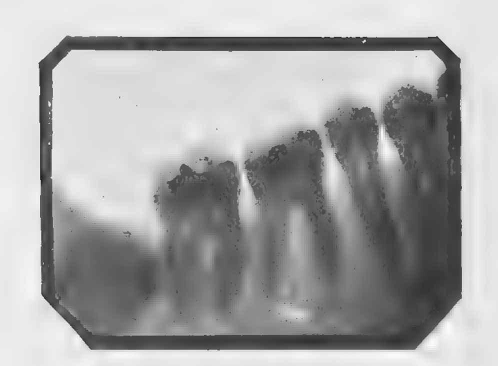


Fig. 4.

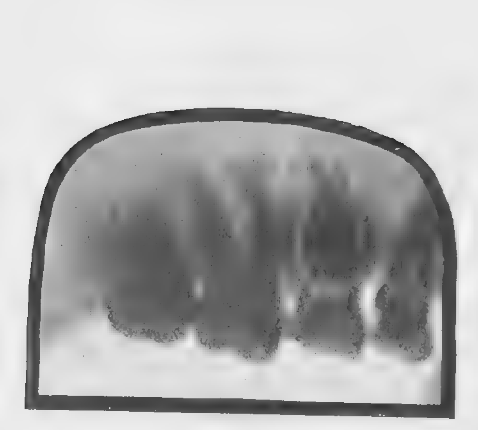


Fig. 5.

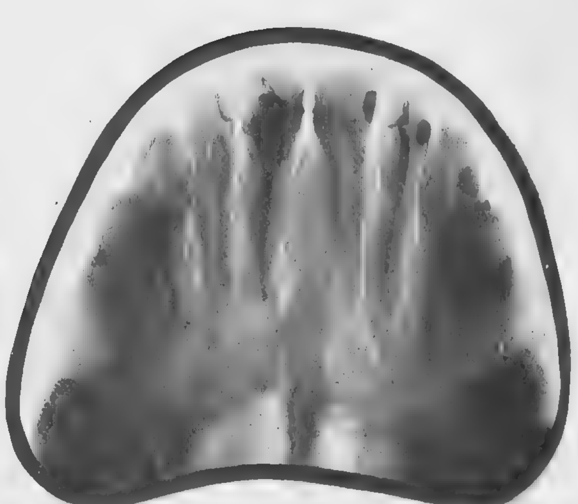


Fig. 6.



Fig. 7.

*(Voir explication page 227.)*

PLANCHE II.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.

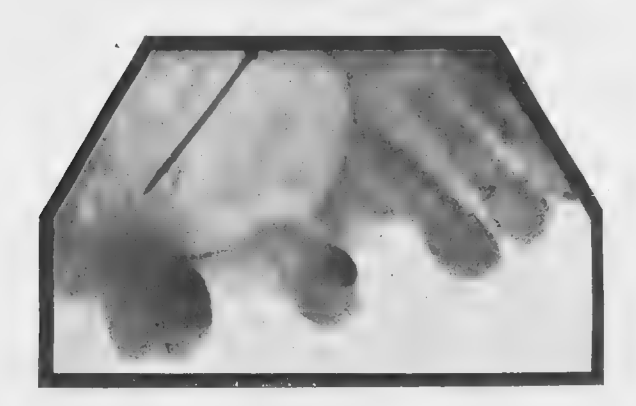


Fig. 12.

*(Voir explication page 227.)*

rayons X (et c'est là une objection que la plupart des patients ne manqueront pas de présenter lorsqu'il s'agira de les radiographier), s'ils existent indiscutablement en radiothérapie, ils sont complètement inconnus en radiographie dentaire, du moins entre les mains d'expérimentateurs prudents et bien outillés. Lorsqu'il s'agit d'un temps de pose qui se chiffre par secondes, il ne saurait en être question et l'on pourra entièrement rassurer à cet égard les patients timorés. Je réitère mes réserves quant à l'innocuité de l'endodiascopie, qui me paraît très probable, mais au sujet de laquelle je ne possède pas une expérience suffisante.

Si l'on voulait pratiquer un examen radioscopique un peu prolongé, il n'en coûterait rien d'entourer son ampoule d'un pareffluve, c'est-à-dire d'une bande circulaire d'aluminium très mince reliée à la terre et dont la transparence presque absolue aux rayons ne gênera en rien l'examen.

Quant à l'opérateur, il devra naturellement s'astreindre à certaines règles de prudence, car, s'il n'use pas d'un peu de précautions, il est certain qu'à la longue il s'exposerait à la radiodermite chronique des opérateurs, manifestée par certaines altérations des ongles et de la peau et par de la raideur dans les articulations des doigts.

Il est évident qu'un dentiste ne pourrait sans inconvénients sérieux avoir des mains dans l'état où j'ai vu celles de certains radiographes, mais il faut ajouter que ces inconvénients ne se produisent que chez ceux qui passent pour ainsi dire leur vie dans les rayons, ce qui ne sera jamais le cas dans notre pratique.

Les auteurs sont d'accord pour assigner comme cause à ces altérations l'habitude qu'ont beaucoup d'opérateurs de se servir constamment de leur main pour apprécier la valeur des rayons émis par l'ampoule. Il suffira donc d'éviter cette pratique et de se servir d'un radiochromomètre.

Il est difficile aussi, tout radiographe étant aussi nécessairement photographe, de déterminer quelle est, dans ces accidents à la peau, la part qui revient aux bains photographiques.

Certains produits, recherchés parce qu'ils ne tachent pas les doigts, attaquent énergiquement l'épithélium et provoquent de l'eczéma. Je citerai en particulier le métol. On évitera donc absolument de plonger les doigts dans la cuvette de développement. Il sera extrêmement simple de pincer une fois pour toutes le morceau de pellicule par un angle dans une pince hémostatique, par exemple, et de procéder au développement dans un verre au lieu d'une cuvette.

En terminant cette étude, bien imparfaite, je ne puis qu'encourager ceux de mes confrères qui ne se sont pas encore occupés de cette question à ne pas tarder plus longtemps. Qu'ils soient assurés qu'ils ne regretteront pas une minute le temps qu'ils auront consacré à l'acquisition des connaissances nécessaires pour la pratique de la radiologie, ni l'argent que leur aura coûté leur installation. Ils s'en sentiront amplement récompensés par l'intérêt toujours renouvelé de cette étude et par l'accroissement indéniable de la somme de services qu'ils pourront rendre et que leurs clients ne manqueront pas d'apprécier.

Si, en présentant les considérations, qui précèdent et en mettant sous vos yeux quelques clichés radiographiques j'ai pu encourager quelques-uns d'entre vous à entrer dans cette voie et leur épargner quelques-uns des tâtonnements avec lesquels je me suis trouvé aux prises, j'en serai très satisfait.

## EXPLICATIONS DES PLANCHES

Fig. 3. — Recherche d'une canine. Persistance de la canine temporaire chez une patiente de 18 ans.

Fig. 4. — Recherche d'une 3e molaire chez un patient de 40 ans. L'évolution est manifestement gênée par l'inclinaison de la 3e molaire contre la racine de la 2e.

Fig. 5. — Persistance d'une molaire temporaire chez un patient de 16 ans. Cette dent solidement implantée, étant cariée du reste, il importait de savoir s'il fallait l'obturer ou l'extraire. La radiographie lève toute hésitation à cet égard. La dent temporaire est extraite et la molaire permanente fait rapidement son évolution.

Fig. 6. — Radiographie faite dans un but expérimental et reproduite ici à cause de l'excellence du résultat obtenu. On voit nettement toute la structure de l'os, l'obturation des canaux par des matières opaques aux rayons X. L'incisive centrale droite (qui se trouve à droite sur le cliché) et les deux incisives latérales ont été obturées avec de la porcelaine à haute température presque entièrement transparente aux rayons X. On ne voit qu'une ombre très légère.

Temps de pose : 30 secondes avec un tube très mou donnant dans l'écran les os de la main en noir foncé. Le patient étant affecté d'un léger degré de prognathisme, le tube est placé au-dessus et en avant du front et la pellicule placée horizontalement entre les arcades dentaires et serrée par les dents du patient.

Fig. 7. — Un cas intéressant. M. G., âgé de 35 ans, a été traité sans succès pendant des années pour une fistule osseuse s'ouvrant sous la lèvre supérieure. La position de cette fistule, située très haut et l'aspect absolument sain des dents qui n'ont jamais été cariées et ne répondent pas au choc ou aux impressions thermiques, ont fait écarter jusqu'ici par les divers médecins qui ont traité M. G. l'hypothèse d'une origine dentaire de l'affection, attribuée dès lors à une attaque de gingivite infectieuse d'origine diabétique. L'anamnèse ne fournit aucune donnée utile. Le patient ne se souvient pas d'avoir reçu un choc sur les dents antérieures. La radiographie précise instantanément le diagnostic et établit l'étiologie véritable. L'ouverture de la cavité pulpaire pratiquée par la face palatine révèle la mort de la pulpe et l'infection du canal. L'affection cède au traitement habituel : assainissement du canal, injections antiseptiques dans la fistule, obturation du canal avec chloro-percha et pointes de gutta.

Fig. 8. — Deux incisives centrales affectées d'abcès alvéolaire.

Emploi de la sonde de plomb pour déterminer exactement, en dépit des déformations possibles, la longueur et la direction des racines en vue de la trépanation alvéolaire et éventuellement de la résection de l'extrémité radiculaire.

Fig. 9. — Abcès alvéolaire ayant causé une résorption radiculaire très marquée à l'incisive centrale.

Fig. 10. — Emploi de la sonde de plomb pour déterminer la profondeur d'une poche de pyorrhée alvéolaire.

Fig. 11. — Un kyste d'origine dentaire. La distorsion de la racine de l'incisive latérale doit avoir été causée par un pli à la pellicule sensible. (Cliché de l'Hôpital de Genève.)

Fig. 12. — Une épingle dans le sinus maxillaire.

A la suite de l'extraction de la première molaire supérieure une communication a été établie avec le sinus. Le patient, en cherchant à débarrasser son alvéole encombré de débris alimentaires, laisse échapper de ses doigts l'épingle dont il se servait et qui s'enfonce dans le sinus. Cette épingle put être délogée simplement par des injections. (Cliché de l'Hôpital de Genève.)

## NOUVEL APPAREIL POUR IMMOBILISER LES DENTS ATTEINTES DE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Jaime D. Losada D. D. S., de Madrid.

Quoique l'étiologie des diverses classes de pyorrhée alvéolaire soit encore presque inconnue et que leur traitement ne repose pas sur des bases solides, il est incontestable que le traitement chirurgical est le premier facteur pour leur guérison, et que bien des fois celui-ci seul est suffisant pour l'obtenir, ou du moins pour améliorer notablement l'état des dents et des gencives.

Nous ne discuterons pas si la maladie peut ou non radicalement se guérir, mais nous osons affirmer que, si on la soigne à temps, on peut beaucoup obtenir, même dans certains cas qui semblaient condamnés au davier. Si l'on n'arrête pas à temps la pyorrhée et si on la laisse déchausser complètement les dents, qui cèdent alors au moindre effort, comme celui des lèvres ou de la langue, il est presque impossible d'arrêter la destruction des alvéoles et des gencives.

Le traitement chirurgical se divise en deux parties : la première a pour but d'enlever de la façon la plus absolue les concrétions qui couvrent la racine, au moyen d'instruments faits exprès et qui peuvent glisser le long de celle-ci à une grande profondeur sous la gencive, s'il est nécessaire. Ce curettage de la racine a une grande importance, car, sans aucun doute, le tartre dans ses diverses formes est la cause excitante locale de la pyorrhée, et celle-ci subsistera tant qu'il n'aura pas disparu.

La deuxième partie du traitement consiste à immobiliser la dent ou les dents atteintes, mais ce procédé n'est pas toujours employé, vu ses difficultés techniques.

Nous considérons cette immobilisation comme aussi importante que le curettage soigné dont nous venons de parler. Le mouvement continuel des dents contribue indubitablement à l'inflammation de la muqueuse gingivale ; de plus, les bactéries augmentent de virulence quand elles se trouvent entre des tissus qui ont une mobilité anormale.

Les auteurs les plus compétents parlent de l'utilité d'immobiliser les dents, mais ils ne semblent pas y attacher l'importance que cette utilité présente, à notre avis, et qui s'affirme chaque jour davantage d'après la clinique.

Il nous paraît tout à fait élémentaire d'appliquer à l'articulation de la dent et du maxillaire le traitement qu'on emploie couramment en chirurgie pour guérir les arthrites. La première chose qu'on fait, c'est d'immobiliser la partie malade, et même, dans certains cas où la guérison serait très difficile, on tâche d'obtenir l'ankylose, car il vaut mieux conserver un membre, même privé de ses mouvements, que de le perdre.

Nous insistons beaucoup sur ce point et nous croyons fermement que la pyorrhée, pour peu qu'elle soit avancée, doit se guérir par ce que nous pourrons appeler une ankylose artificielle, et qu'il est donc absolument indispensable de maintenir les dents tout à fait fixées.

Le D[r] Rhein emploie l'immobilisation surtout pour les bicuspides et molaires très branlantes, mais plutôt pour les soutenir que pour les guérir. Il attache plus d'importance à la dévitalisation de la dent, se fondant sur la théorie que, lorsqu'un organe disparaît, son homologue tâche de le remplacer en augmentant ses fonctions, et que la dent étant privée de sa nutrition centrale, celle de la périphérie augmentera ; on obtiendra ainsi une augmentation de vitalité du péricément, et la dent sera plus solide. Malgré la grande autorité du D[r] Rhein, ce procédé, qui a l'air rationnel, n'est pas en vogue jusqu'à présent, car il a beaucoup d'inconvénients.

La dent, une fois dévitalisée, le D[r] Rhein enfonce dans son canal un pivot qui s'unit au moyen d'une barre aux pivots des dents voisines et il scelle le tout avec du ciment.

Ce moyen de les retenir présente de réels avantages pour les molaires, mais nous le croyons peu applicable aux incisives, où l'esthétique est de rigueur, et une dent morte a toujours plus ou moins le teint caractéristique. Comme les dents inférieures sont généralement les premières attaquées,

c'est à celles-ci que s'applique surtout notre appareil, car pour la vue, il faut les conserver le plus longtemps possible.

Les moyens employés jusqu'à présent pour les immobiliser consistent en ligatures en forme de 8 qui couvrent plusieurs dents. Les résultats laissent beaucoup à désirer si l'on emploie la soie ou les fils métalliques ; il faut renouveler la soie souvent, et les fils métalliques glissent sur les surfaces lisses et arrondies des dents, et celles-ci remuent toujours. On a remplacé les ligatures par des bandes d'or ou de platine entrelacées d'une façon similaire, mais on n'obtient pas non plus l'immobilité complète, car les anneaux par lesquels passent les dents doivent forcément le faire par le plus grand diamètre de celles-ci, et ils sont trop grands par la suite. La gouttière qu'on emploie pour les maintenir dans les cas d'implantation ou de correction immédiate et qui est fixée avec du ciment, les tient immobiles, mais elle a le grand inconvénient de se voir beaucoup, inconvénient qui se présente aussi dans les autres méthodes.

Le nouveau procédé, qui consiste à fixer les dents avec du celluloïd en pâte, exige, si nous ne nous trompons pas, plusieurs heures ; pour ce motif, sans doute, on l'emploie peu.

L'appareil idéal doit réunir les conditions suivantes : il doit maintenir les dents inamovibles, ne pas exiger leur dévitalisation, ne pas se voir du côté labial, se placer facilement et avoir une durée indéfinie. Nous croyons que notre appareil les réunit toutes ; comme on peut le voir dans la figure, il se compose d'une petite plaque en or d'un millimètre d'épaisseur sur quatre de largeur, et de longueur nécessaire pour couvrir les incisives, avec deux petites projections, qui s'appuient sur les canines ou sur les bicuspides si les canines sont prises pour l'appareil. Dans la partie la plus grosse de la dent, c'est-à-dire dans son talon, on perce une petite cavité dont la profondeur aura à peu près la moitié de la distance de la périphérie à la pulpe, et dont le diamètre d'entrée sera juste nécessaire pour laisser passer la tête d'un des crampons de platine les dents en porcelaine.

La plus grande difficulté de l'opération est de faire ces cavités, car elles doivent être assez profondes, mais pas trop, autrement elles pourraient occasionner des troubles pulpaires; de plus, elles ne doivent pas être perpendiculaires aux dents, mais obliques, ce qui contribue à empêcher le crampon de sortir.

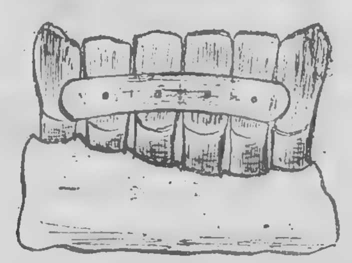


Fig. 1. — Appareil en place.

La construction de l'appareil est simple, comme on peut s'en rendre compte : après avoir nettoyé les dents le mieux possible des concrétions qui les couvrent, et guéri par des applications antiseptiques et astringentes les gencives si elles sont fongueuses, on prend une empreinte au plâtre, après avoir préalablement remis en place et soutenu avec des ligatures de soie les dents branlantes.

Le moulage obtenu, on fait un poinçon en métal fusible, ou en zinc; le contre-poinçon peut être en plâtre ou en godiva, car ce que nous allons estamper est une feuille de platine de l'épaisseur d'une feuille de papier, qui s'adapte sans difficulté aux sinuosités des dents. Sur ce modèle on marque avec un crayon, la grandeur de la plaque ; et, après l'avoir estampée, on coupe celle-ci à la forme voulue, en ayant soin de ne pas la déformer, on l'enfonce dans du sable et du plâtre, laissant à découvert le côté qui ne touche pas aux dents. En fondant de l'or dessus, on couvre toute la feuille jusqu'à une épaisseur de plus d'un millimètre, on remet la plaque sur le moule, on égalise l'épaisseur et on lui donne à la lime la forme définitive. Aux endroits qui correspondent aux talons des dents, on perce un petit tron juste assez grand pour laisser passer un crampon en platine d'une dent en porcelaine.

La plaque finie, on la met en place sur les dents et, l'on marque sur celle-ci au moyen d'un foret la place des petites cavités où rentrent les crampons. On se sert d'un foret pour percer l'émail et l'on finit avec un cône renversé qui leur donne une forme rétentive.





Fig. 2. — Coupe et élévation de l'appareil.



Fig. 3. — Coupe d'une dent avec l'appareil en place.

On colle les crampons à la plaque au moyen de cire dure en la ramollissant un peu, on met le tout en position sur les dents, on laisse durcir la cire et l'on enlève avec soin la plaque pour que les crampons ne changent pas de position. On les soude en place du côté de l'or en enfonçant la plaque dans du sable et du plâtre. Si l'on trouve des difficultés pour sortir la plaque avec ses crampons, on l'essaie avec un seul crampon à la fois, que l'on soude ; après cela on en met un autre, et ainsi de suite. Cette façon de procéder est plus facile et les crampons ne risquent pas de se décoller ou de se plier.

Naturellement le côté en platine qui touche aux dents doit s'adapter absolument à celles-ci et il faut faire attention que la soudure ne passe pas sur le platine.

Pour fixer l'appareil, on isole les dents avec la digue, on les lave à l'alcool pour dissoudre les matières grasses, on sèche à l'air chaud, et l'on fixe l'appareil avec du ciment clair. en ayant soin de bien remplir avec celui-ci les petites cavités. On maintient le tout en place quelques minutes, et, quand le ciment est complètement dur, on enlève l'excédent.

La plaque collée est parfaitement unie aux dents, les

maintient immobiles et ne se voit pas du tout du côté labial.

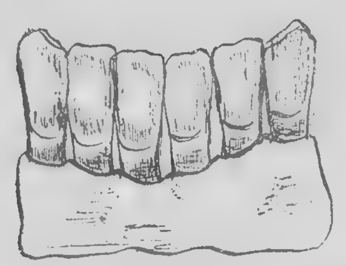


Fig. 4. — Vue de la face labiale.

Si l'articulation repose trop sur les dents, il faut les meuler pour qu'elles ne souffrent pas trop des efforts de la mastication.

L'appareil que nous venons de décrire n'est pas une élucubration chimérique, mais un procédé que nous employons depuis quelque temps dans notre clientèle et qui nous a toujours donné les meilleurs résultats. La suppuration disparaît, les gencives durcissent et redeviennent saines, ce qui ne nous laisse aucun doute sur la valeur de l'immobilisation pour guérir la pyorrhée. Inutile de rappeler que l'appareil est à demeure et doit rester fixe indéfiniment.

7e RÉUNION DENTAIRE NATIONALE (ANGERS 1903)




MM. 1. PAPOT.
2. SICARD.
3. VICHOT (Angers).
4. BOUVET.
5. DELAIR.
6. LAURENT-BASSEREAU.
7. PONT.
8. VICHOT (Lyon).

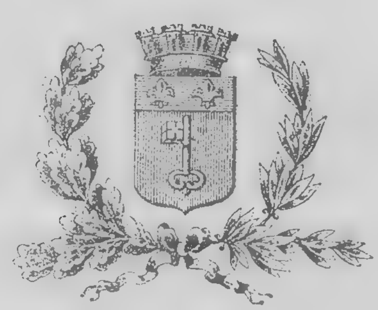
MM. 9. GODON.
10. HAMONET.
11. DUCROUX.
12. GENTER.
13. PAGE.
14. RANDON.
15. BRODHURST.

MM. 16. PINEDRE.
17. SAUVEZ.
18. FRITEAU.
19. FLÉTY
20. GRANJON.
21. D'ARGENT.
22. MARTINIER.

MM. 23. ROY.
24. BLATTER.
25 ALEXIS JULIEN.
26. ROLLAND.
27. DALBAN.
28. ROZENBAUM.
29 SIFFRE.

# ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE



7e Réunion dentaire nationale ANGERS Août 1903.

SÉANCE SOLENNELLE D INAUGURATION.

Le Congrès pour l'avancement des sciences s'est ouvert, au Grand-Théâtre d'Angers, le mardi 4 août à 3 heures, devant une magnifique salle, remplie par tous les congressistes et par toutes les notabilités d'Angers.

M. Levasseur, membre de l'Institut, administrateur du Collège de France, présidait, entouré de MM. Ch. Bouhier, maire, le Dr Motais, président du Comité local, le Dr Gariel, le Dr Magnin, secrétaire de l'Association, Galante, trésorier, de Joly, préfet de Maine-et-Loire, général Haller, commandant d'armes, Dr Legludic, directeur de l'Ecole de médecine, etc., etc.

L'orchestre symphonique du 6e régiment du génie prêtait son concours à la cérémonie, concours qui a été des plus appréciés. A l'arrivée des congressistes, il a exécuté la *Marseillaise*.

Alors M. Levasseur déclare la séance ouverte et donne la parole à *M. le Maire d'Angers*, qui prononce un discours très applaudi, au cours duquel il exprime, au nom de la ville d'Angers, les souhaits de bienvenue aux congressistes. Il célèbre la science et les connaissances scientifiques.

« Pour ce résultat, dit-il, que d'efforts et de travaux ont été accomplis !...

» Aussi, à l'époque de civilisation très raffinée où nous sommes arrivés, la somme de ces connaissances est-elle incalculable.

» Il ne peut y avoir d'œuvres plus utiles et plus dignes d'éloges et d'encouragements que celles dont l'objet est d'ajouter de nouvelles découvertes à celles de nos devanciers et de nous rapprocher chaque jour davantage de la réalisation de l'idéal humain. »

Puis il rend hommage au dévouement de « M. le docteur Motais, qui n'a pas hésité à assumer les laborieuses et difficiles fonctions de président de toutes les Commissions d'organisation du Congrès ».

*M. le Dr Motais*, président du Comité local, en un charmant discours, présente l'œuvre accomplie par ses collaborateurs ; il félicite M. le Dr Gariel et adresse ses remerciements à toutes les bonnes volontés

(autorités civiles, politiques, militaires, judiciaires, religieuses, universitaires, etc.), qui se sont groupées pour assurer le succès de l'œuvre commune ; il rend compte du travail de chacune des commissions et vante ainsi avec une exquise voix de fin diseur le ravissant pays d'Anjou :

« Il est de tradition, lorsque nous parlons des belles et suaves choses de l'Anjou, que l'ombre du chantre du Liré, de notre poète du Bellay surgisse pour une évocation toute naturelle. Nul mieux que lui ne vous dira qu'ici la nature est clémente, les fleurs parfumées et les fruits savoureux ; que les prés sont verts, les coteaux dorés, les ruisseaux limpides et la Loire grandiose ; que le vin est généreux et nous verse au cœur, en gouttes blondes, le rayon de soleil qui le mûrit.

» Et, sachant que nos aimables Angevines furent assez gracieuses pour résister à l'appel accoutumé de la plage ou de la montagne, il vous murmure, le doux poète, en son langage d'antan que, si leurs lèvres vous accueillent d'un sourire, vous verrez de suite que vous êtes au pays des roses et que leur œil bleu vous sera, sans nul doute, la si jolie et si délicate fleur du souvenir ! »

*(Applaudissements.)*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« Toutes ces impressions, toutes ces choses de l'art ou de la nature que nous vous présenterons, nous avons voulu les fixer dans votre mémoire, et la *Commission du Livre* s'est attachée à les reproduire dans une œuvre digne de vous et digne du sujet[1].

» Ce volume, intitulé *Angers et l'Anjou,* contient, dans ses 750 pages, 135 notices et 71 vues, cartes ou plans.

» Soixante-seize de nos concitoyens ont bien voulu nous donner leur collaboration. Leurs signatures témoignent de la valeur exceptionnelle de l'ouvrage.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

» Par ses notices brèves, mais subtantielles, inventaire complet de toutes les richesses actuelles de notre région, par ses illustrations aussi exactes qu'artistiques, par les signatures elles-mêmes de nos concitoyens les plus autorisés, ce volume restera comme le livre d'or d'Angers et de l'Anjou au commencement du vingtième siècle. »

M. le Dr Motais enumère ensuite en un langage très littéraire toutes les sommités angevines et assure que dans ce congrès scientifique la part de l'Anjou sera des plus importantes, puis il finit ainsi :

« Je terminerai, messieurs, en remerciant l'Association d'un résultat qui, pour n'être pas d'ordre scientifique, n'en est pas moins apprécié parmi nous.

» Dans notre période tourmentée, au plus fort de l'agitation politique, vous avez rapproché des adversaires qui semblaient irréconciliables, autour de votre noble devise, sur le terrain de la science, où la rivalité n'est plus la haine ni la guerre, mais l'émulation pacifique et bienfaisante.

» Votre phare ne brille pas pour éloigner des récifs dangereux où la mer est traîtresse ; il est le guide vers le port assuré où la grande houle n'entre pas.

» Son attraction fut si puissante que nos barques, qui luttaient au large avec une énergie farouche, ballottées par des courants et des vents contraires, une à une d'abord, puis toutes ensemble, d'un élan irrésistible, franchirent la passe et vinrent, calmes et apaisées, jeter l'ancre sous vos feux.

» J'ai le grand honneur et la satisfaction profonde de vous présenter, monsieur le Président, l'élite de nos concitoyens, unie sous votre drapeau. Vous voyez en ce moment, groupés autour de l'Association française, *dans une synthèse*

---

1. Ce magnifique volume a été distribué à chacun des congressistes.

*vivante, dans une apothéose de la science et de la paix, tous les hommes, toutes les intelligences, toutes les forces vives du pays !* »

Ce charmant et spirituel discours est accueilli par de très vifs applaudissements.

*M. Levasseur*, membre de l'Institut, administrateur du collège de France, prend ensuite la parole ; il se montre touché des termes bienveillants par lesquels les orateurs précédents ont caractérisé l'œuvre de l'*Association Française pour l'avancement des sciences.* Il remercie tous ceux qui ont eu le mérite de préparer le Congrès et la Presse angevine. Puis, selon l'usage, il annonce qu'il va traiter une question d'ordre scientifique : *La question du salaire.*

Alors se posent trois questions :

Quelles causes déterminent le taux des salaires ?

La moyenne du salaire normal et celle du salaire réel ont-elles augmenté ?

Le salariat est-il une forme passagère de l'organisation du travail ?

M. Levasseur traite magistralement ces arides questions et prononce en terminant les paroles suivantes :

« Nous sommes dans une province qui a été autrefois une des marches de la France, qui a une longue tradition littéraire depuis son Université du moyen âge jusqu'aux nombreuses sociétés savantes de nos jours ; les savants ne nous manqueront pas. Nous sommes dans une province riche en monuments et en souvenirs historiques, qui est réputée depuis des siècles être un des jardins de la France et dont nous admirons de nos jours, dans les expositions, les belles fleurs et les pépinières renommées : nous visiterons quelques parties de cette province dans des excursions préparées avec art et, familièrement rapprochés les uns des autres dans ces délassements de l'esprit, nous retrouverons d'anciens amis, nous en formerons de nouveaux et il s'établira un *courant de confraternité qui est non seulement un charme des congrès, mais qui procure un résultat utile par le rapprochement d'hommes cultivant les mêmes études.*

» J'ai terminé. Demain matin, Messieurs, mettons-nous allègrement au travail, convaincus qu'en nous éclairant par un enseignement mutuel nous travaillons non seulement pour notre profit personnel, mais pour la Science, et par la Science pour la France ; c'est l'espoir du relèvement de la Patrie qui nous inspirait quand, en 1871, nous avons fondé l'Association française pour l'avancement des sciences. »

(*Applaudissements.*)

*M. le Dr Magnin*, secrétaire de l'A. F. A. S., doyen de la Faculté des sciences de Besançon, fait un agréable compte rendu du Congrès de Montauban et des événements survenus pendant l'année écoulée, puis *M. Galante*, trésorier, fait connaître la situation financière de l'Association. Tous deux savent, malgré l'aridité du sujet, se faire applaudir.

Immédiatement après la séance publique, les membres de l'Association se sont réunis au foyer du théâtre pour l'assemblée générale.

### Réception a l'Hotel de Ville.

Le soir, avait lieu la réception officielle des congressistes, à la Mairie, superbement décorée.

De nombreux congressistes, des dames, et la plupart des notabilités angevines y assistaient.

Vers 9 heures, M. le maire souhaite la bienvenue aux congressistes.

Puis, M. le préfet, au nom du département tout entier, affirme que dans toutes les communes de l'Anjou l'accueil sera aussi sympathique qu'à Angers.

Enfin, réponse de M. Levasseur aux discours du maire et du préfet.

Le savant académicien remercie le plus heureusement du monde les autorités et les membres de la commission locale, ainsi que toutes les personnes présentes.

L'excellente musique du 6e régiment du génie, l'une des meilleures de France, avait apporté son concours à la fête.

### Section d'Odontologie.

Cinq séances bien remplies, dont trois de communications et deux de démonstrations pratiques, furent consacrées à cette section. Sur quatre-vingt-cinq adhérents inscrits, trente-six suivirent assidûment ces séances.

Nos lecteurs jugeront, par les travaux et les procès-verbaux dont nous allons prochainement commencer la publication, de l'importance des questions traitées, dont l'intérêt ne le cédait en rien aux sessions précédentes ; malheureusement comme dans tous les Congrès, le peu de temps consacré à chaque communication obligea de les écourter et ne permit guère de les discuter.

C'est absolument fâcheux et il serait à souhaiter à l'avenir que les auteurs remissent leur travail assez à temps pour en faciliter l'impression et la distribution anticipée. De cette façon des choses très intéressantes ne passeraient pas inaperçues, les auteurs et les auditeurs n'auraient qu'à y gagner.

36 membres, ai-je dit, suivaient les travaux de la section ; c'est vraiment trop peu, et je crois qu'il appartient aux bureaux futurs de faire pour ces sessions de l'A. F. A. S. la propagande que l'on faisait autrefois pour les congrès de Bordeaux, de Nancy, de Paris et de Lyon.

Nous avons lié notre sort et nous avons avantage à suivre la fortune de l'A. F. A. S. où nous trouvons la merveilleuse organisation toute faite de cette puissante Association : locaux réservés, logements retenus, réduction importante sur les chemins de fer, excursions combinées, etc. ; en retour nous devons lui assurer des adhésions nouvelles afin que notre section d'odontologie continue à y tenir une place des plus honorables.

Mais si l'A. F. A. S. nous donne satisfaction pour le local destiné aux communications scientifiques, il faut de toute nécessité nous assurer un local spécial pour les opérations et démonstrations pratiques. Les organisateurs futurs devront s'enquérir soit d'une salle d'hôpital, soit d'un dispensaire, comme l'avait fait l'année dernière à Toulouse notre distingué confrère le Dr Chemin.

D'ailleurs pour l'an prochain à Grenoble, c'est notre ami le Dr Pont, directeur de l'école dentaire de Lyon, qui est chargé de l'organisation et nous sommes certain de l'activité qu'il saura déployer en cette circonstance.

### Fédération dentaire nationale.

Une séance du bureau et deux assemblées générales, tel est le bilan de la F. D. N. Autrefois aux congrès de Bordeaux, Nancy, Paris, Lyon, les questions scientifiques et les questions d'ordre professionnel étaient traitées dans les mêmes séances. Grâce à l'organisation actuelle, toutes les questions scientifiques ressortissent à la section d'odontologie, tandis que les questions d'organisation professionnelle constituent le domaine de la F. D. N., qui, par l'entremise de ses délégués à la F. D. I., peut s'entendre avec toutes les Fédérations dentaires du monde pour défendre les intérêts universels de la profession.

Les treize sociétés françaises suivantes étaient représentées à ces assises annuelles :

Ecole dentaire de Paris.
Ecole odontotechnique.
Ecole dentaire de Lyon.
Ecole dentaire de Bordeaux.
Société d'Odontologie de Paris.
Société odontologique de France.
Société d'Odontologie de Lyon.
Association odontologique de Bordeaux.
Association générale des dentistes de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés.
Syndicat dentaire du Centre-Ouest.
Association des dentistes de l'Est.

Nous publierons très prochainement dans la *Revue internationale* les intéressants travaux de cette session qui a été clôturée par l'élection du bureau suivant :

| | |
|---|---|
| Président d'honnneur : MM. | Godon. |
| Président : | Sauvez. |
| Vice-présidents : | Siffre, Viau. |
| Secrétaire général : | Papot. |
| Secrétaire : | Blatter. |
| Trésorier : | Delair. |

### Syndicat dentaire du Centre-Ouest.

Ce syndicat a tenu, lui aussi, plusieurs séances au cours desquelles de nouvelles adhésions des dentistes d'Angers furent recueillies.

Son président, M. Delair, ayant manifesté l'intention de se retirer, M. Bouvet, d'Angers, fut nommé président et M. Brodhurst, de Montluçon, secrétaire général.

### Réception des membres de la section.

Nos aimables confrères d'Angers et du Syndicat dentaire du Centre-Ouest avaient organisé, pour le mercredi 5 août, une très gracieuse réception de tous les membres de la Section d'Odontologie, et à neuf heures du soir nous nous trouvions réunis dans une très jolie salle de la belle avenue Jeanne-d'Arc, autour d'un buffet abondamment servi.

*M. Laurent Bassereau*, le vénéré doyen des dentistes d'Angers, préside la réception ; il prend ainsi la parole :

Messieurs et chers confrères,

Permettez à votre doyen d'âge de vous souhaiter la bienvenue dans notre beau pays d'Anjou.

Je me félicite de vous voir aussi nombreux réunis dans un sentiment de bonne confraternité.

Notre but est louable, nous voulons notre profession honorée et respectée ; nous voulons aussi que l'expérience et la science de chacun profite à tous.

J'ai confiance, messieurs, dans le bon résultat de vos réunions et de vos travaux dirigés par l'éminent et dévoué professeur qu'est notre président, M. Delair.

Courage donc, messieurs ! Lorsque je regarde en arrière et que je considère les progrès que notre profession a faits depuis un demi-siècle, je ne puis que vous dire : courage, vous arrivez, j'allais presque dire vous êtes arrivés ; mais je sais que la science bannit ce mot, et que, quand on a beaucoup fait, il reste encore plus à faire.

Je remercie mes confrères angevins de la marque d'estime qu'ils m'ont donnée en me nommant président d'honneur de leur groupe ; c'est un sentiment de déférence dont j'ai été très touché, et qui me permet de lever mon verre à vous tous, messieurs, au bon résultat de nos travaux, à notre bonne entente. (*Applaudissements.*)

Ensuite *M. A. Sicard*, l'un des plus anciens diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, s'exprime ainsi :

Mesdames, chers confrères,

Invité tout récemment par notre cher et sympathique président, M. Delair, à vous offrir, en qualité de président du comité local, les souhaits de bienvenue des dentistes de la ville d'Angers, j'ai, tout en appréciant bien vivement le grand honneur qui m'était fait, été un moment effrayé et par cet excès d'honneur même, et par la crainte de ne pas savoir vous exprimer d'une façon suffisamment éloquente les sentiments vraiment confraternels que nous ressentons à votre égard.

En effet, messieurs, je vous l'avoue humblement, et puisse cet aveu mériter votre indulgence, ce titre de président de la commission locale n'a été accordé à ma modeste personne que parce que, oh ! je ne me fais pas d'illusions, je possédais la qualité d'être... le moins jeune après notre doyen des dentistes d'Angers.

Or, cette qualité peu enviable et purement négative ne suffit pas par elle-même pour conférer à celui qui la possède le don de savoir charmer un auditoire ; d'autant plus que les discours que nous avons

si justement applaudis hier et aujourd'hui ont dû forcément rendre cet auditoire plus difficile.

Une vieille maxime arabe, si vieille que le nom de son auteur se perd dans la nuit des temps, m'a semblé s'appliquer admirablement à la circonstance, et, en tout cas, me faciliter singulièrement ma tâche. Cette maxime, la voici : « Si tu ne sais parler avec esprit, parle du moins avec ton cœur. »

Or, mes chers confrères, le cœur ne vieillit pas, lui ! Et si je dois seulement à l'âge le privilège et l'honneur de vous recevoir aujourd'hui, je puis vous affirmer hautement que c'est avec un cœur toujours jeune que je le fais.

Je puis vous affirmer également que mes confrères angevins, même et surtout notre vénérable et vénéré président d'honneur, M. Bassereau, possèdent tous, à un même degré, la même verdeur, la même jeunesse de sentiments.

A vous donc, mesdames, à vous mes chers confrères, de tout notre cœur ! (*Applaudissements.*)

MM. Delair, Godon, Siffre, Rolland, Pont et Sauvez prennent successivement la parole, les uns pour développer les sentiments de solidarité qui unissent tous les membres d'une même profession et célébrer l'altruisme dont ils doivent donner l'exemple, les autres pour remercier nos excellents confrères de leur aimable réception et féliciter le comité local de la bonne organisation de nos séances de démonstrations.

La soirée s'est gaiement terminée par des intermèdes comiques.

### Diner amical de la 7e réunion dentaire nationale.

Le jeudi 6 août, un dîner amical, dont l'organisation ne laissait rien à désirer et faisait honneur aux membres du comité local, réunissait trente de nos confrères autour d'une table élégamment servie et fleurie et où régnait la plus grande cordialité.

Au dessert, le président, *M. Delair,* ouvre la série des toasts en buvant aux délégués des écoles et des sociétés, aux aimables confrères angevins, à l'union et à la concorde.

*M. Sicard* lui succède, remercie ses collaborateurs et porte un toast à MM. Hamonet et Vichot, secrétaires du comité local.

*M. Friteau*, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris, fait un appel pressant pour demander à tous les membres présents de prendre part à la session organisée annuellement à Paris, il compte sur eux en 1904 et boit aux femmes des congressistes.

*M. Roy* affirme l'intérêt qu'il porte à toutes les organisations professionnelles et boit aux dentistes de province.

*M. Godon* se fait l'avocat des courtes improvisations en célébrant les bienfaits de ces réunions où l'on contracte de nouvelles amitiés, qui, bien que récentes, dureront toujours. Au nom de la F. D. N., il porte un toast à toutes les sociétés représentées.

*M. Martinier* prend la parole au nom de l'Ecole dentaire de Paris et

de *L'Odontologie* et dans une brillante improvisation fait appel à la bonne confraternité. Nous ne sommes ici, dit-il, ni Parisiens, ni Provinciaux, nous n'appartenons pas à telle ou telle école; nous sommes tous dentistes et tous amis. Il termine en mettant le journal à la disposition de tous.

*M. Papot*, au nom de l'Association générale des dentistes de France, lève son verre à l'union des confrères de tous les points de la France et notamment à nos excellents confrères angevins et à leurs aimables compagnes.

*M. Siffre* constate que le mouvement organisé depuis une vingtaine d'années a fait du chirurgien-dentiste actuel un homme respecté et il boit à la réussite des idées que nous poursuivons.

*M. Rolland*, qui voit tout en rose, constate que dans l'A. F. A. S. notre section tient une place importante et que nous ne sommes pas de ceux qu'on arrache facilement au travail. Les travaux présentés, dit-il, sont d'une telle nature qu'ils forcent l'attention. Un dentiste isolé, ajoute-t-il, trouve ce qu'il fait très bien, et, n'ayant pas de terme de comparaison, il arrive à croire qu'il est le meilleur et ne cherche plus à perfectionner sa technique. Il porte un toast à toutes les sociétés, à toutes les écoles qui entretiennent chez leurs membres une bienfaisante émulation.

*M. Pont*, nommé dans la journée président pour 1904 de la Section d'Odontologie, remercie ses confrères de l'honneur qu'ils lui ont fait, il les assure que les cœurs lyonnais et dauphinois seront dignes du cœur angevin et recevront avec joie tous ceux qui voudront bien aller à Grenoble. En travaillant pour l'intérêt général, dit-il, on travaille par surcroît pour l'intérêt particulier. Il fait ressortir les bienfaits de nos réunions. Voyez Delair, ajoute-t-il, inconnu en 1900, le Congrès nous l'a révélé; s'il avait habité Paris, sa réputation récente serait faite depuis longtemps comme celle de Martin de Lyon. Je remercie l'Ecole dentaire de Paris qui a contribué à le faire connaître en se l'attachant, je bois à Delair et je vous donne rendez-vous à Grenoble l'an prochain.

*M. Sauvez*, sous une forme très humoristique, témoigne de sa reconnaissance pour l'honneur qui lui a été fait en le nommant président de la F. D. N. Godon, dit-il, a développé chez nous l'esprit d'association et beaucoup de nos sociétés sont ses filles. Dans ce pays aux femmes si belles et aux vins si doux je suis heureux de lever mon verre au développement de la Fédération.

*M. Brodhurst*, au nom du syndicat dentaire du Centre-Ouest, affirme la profonde estime et l'amitié que les jeunes ont pour leurs maîtres dont ils veulent rester les émules.

*M. Vichot* (d'Angers), à la prière de ses confrères du comité local, prend la parole; il constate tout d'abord la bonne volonté de tous pour mener à bien l'œuvre d'organisation, mais en exprimant le regret de n'avoir pu faire mieux [1]. Cela tient, dit-il, au manque de cohésion dû à

1. M. Vichot est trop modeste : lui et ses confrères d'Angers ne méritent absolument que nos vifs sentiments de gratitude pour la bonne grâce de leur accueil et la bonne organisation de la session.

l'absence d'une organisation antérieure, par suite de l'isolement où chacun d'eux se trouvait. Il espère que notre séjour à Angers aura comme résultat la continuation de l'accord établi par notre présence et que de cet accord naîtra un nouveau groupement professionnel, celui de la région angevine. Il se joint donc aux précédents orateurs pour lever son verre aux progrès de la science odontologique et à la prospérité des divers groupements professionnels.

*M. D'Argent* constate avec regret que dans les Congrès les jeunes confrères s'abstiennent de faire des communications, ils ont le devoir de nous exposer leurs travaux ; il n'est pas nécessaire d'avoir à présenter des chefs-d'œuvre, le plus petit des procédés mérite d'être connu. Il convie donc chaleureusement les jeunes à apporter leur part de collaboration, les petites idées comme les petits ruisseaux formant des grandes rivières. Des Congrès doivent sortir des idées neuves ; qu'elles émanent des aînés ou des derniers venus dans la carrière, elles seront toujours bien acceuillies ; il porte donc un toast aux travaux des jeunes confrères.

*M. Siffre.* — Tout à l'heure Sauvez parlait de nos différentes sociétés qui sont les enfants de Godon, et plusieurs toasts ont été portés à leur santé, mais Godon n'a pas que ces enfants-là et je vous demande de vous joindre à moi pour porter un toast à M^me^ et à M^lles^ Godon que nous avons eu le plaisir de voir hier parmi nous.

*M. Dalban* (de Grenoble) remercie de l'accueil qui lui a été fait et dit combien il sera heureux de seconder M. Pont, à Grenoble.

Enfin *M. Picamal* (d'Angers), pour terminer plaisamment, nous demande de porter un dernier toast à notre santé personnelle à tous et espère nous retrouver tous à Grenoble.

*
* *

En résumé session des plus remplies, puisqu'elle compte cinq séances de la Section d'Odontologie, trois séances de la F. D. N., plusieurs séances du Syndicat Centre-Ouest, une séance du comité du journal, la séance d'inauguration, la réception à l'hôtel de ville, la réception des dentistes angevins, le dîner amical, sans compter les visites industrielles et les conférences organisées par l'A. F. A. S., sans compter aussi les nombreuses et gracieuses réceptions particulières pour lesquelles j'adresse à nos aimables amphitryons l'expression bien vive de ma reconnaissance et de ma profonde sympathie.

EDMOND PAPOT.

# LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

## TRAITÉ DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

La Société française de fournitures dentaires vient de publier la traduction dans notre langue, d'un traité de technique opératoire dû au professeur C. N. Johnson, de Chicago. Cet ouvrage est véritablement attachant, la lecture en est facile tant le style en est clair et précis. C'est une constatation peu banale en pareille matière et si l'œuvre fait grand honneur à l'ouvrier, on ne saurait également trop féliciter les traducteurs, MM. Gires et Robin, pour l'élégante façon dont ils la présentent aux lecteurs français. De l'œuvre entière, jaillit pour ainsi dire, la pensée maîtresse de l'auteur : faire l'éducation du public autant que du dentiste, rendre moins ardue la tâche du praticien, dans l'évolution continue de notre art vers la perfection, souder fortement les multiples opérations de la technique dentaire en un faisceau très homogène dont chaque partie ascende, conjointement avec les autres, vers un but jamais atteint : le mieux être. Cependant, pour que cette pensée se dégage, il faut non seulement lire attentivement le volume entier, mais faire saillir soi-même des conclusions dont les éléments sont un peu épars et, à cet égard, peut-être eussions-nous préféré voir affirmer l'idée dominante d'une façon précise, dans l'introduction. Quoi qu'il en soit, M. Johnson est un des rares praticiens convaincus que le public est éducable, qu'il est relativement aisé de l'amener à différencier les traitements judicieusement appliqués, les travaux méthodiquement et irréprochablement exécutés de ceux qui sont faits avec négligence, en l'aidant à se rendre compte des différences profondes qui existent entre les deux manières tant dans le *modus operandi* que dans les résultats. Le livre de M. Johnson est un document vivant parce que vécu ; c'est, à mon sens, le plus bel éloge qu'on en puisse faire ; il représente les idées concrètes de toute une vie professionnelle d'observations minutieuses. Bien que l'auteur décline toute prétention à l'originalité, il est difficile de ne pas reconnaître, à l'encontre de sa modestie, que son traité fourmille de procédés originaux.

Si l'éducation du public est, à son point de vue, une tâche à laquelle nul n'a le droit de se dérober, l'éducation professionnelle le

préoccupe pour le moins aussi vivement. Un entraînement méthodique, raisonné et suffisant, doit logiquement amener le praticien à appliquer avec le minimum d'efforts et de temps dépensé, les meilleures méthodes pour le traitement des affections dentaires et la réparation des lésions acquises, les seules dont s'occupe l'auteur. Le lien entre les deux idées apparaît de lui-même : convaincu de l'exellence de sa technique, le praticien sentira nécessairement naître en lui le désir de faire passer sa conviction dans l'esprit des malades qui réclament ses soins. Accordant sa conduite avec son désir, il contribuera largement à accroître, suivant l'heureuse expression de M. Johnson, la santé, la longévité et le bonheur de ceux qui ont placé leur confiance en lui. Cette haute pensée philosophique hante depuis longtemps les hommes qui s'occupent d'éducation professionnelle. C'est elle qui a présidé à la création d'une 4e année à l'École dentaire de Paris; c'est elle que le Conseil de Direction m'avait donné le mandat impératif de développer, lorsqu'il me confia le périlleux honneur de faire, sans sortir du cadre tracé, la conférence de réouverture des cours de l'année scolaire 1901-1902. Mais il faut bien dire qu'elle n'était jamais apparue aussi lumineuse, surtout dans les arides traités qui ont précédé celui de Johnson.

Dans son chapitre 1er l'auteur recommande d'enlever soigneusement tous les dépôts qui se trouvent sur les dents et ce, avant toute autre intervention, sauf le cas de douleur. « Vous devez, dit-il, » mettre la bouche dans la meilleure condition hygiénique possible. » — Quelque belle et parfaite qu'une opération puisse être (sans la » réalisation des indications de l'auteur) « le service rendu ne pourra » jamais être considéré comme l'idéal » — « et aucun chirurgien digne » de ce nom ne procèdera à une opération sans avoir assaini la région. » — » Vous n'ignorez pas, qu'ils ne seront conservés sains (les tissus » péridentaires) « que si tous les corps étrangers qui adhèrent aux » dents ont été soigneusement enlevés ». Ces citations suffisent pour montrer l'importance que M. Johnson attache à l'assainissement de la bouche. Nous aurions aimé qu'il précisât à ce propos la relation intime qui existe, à des degrés divers, entre l'état général et l'état buccal. Les cas graves d'intoxication, ayant pour cause unique le mauvais état de la bouche, sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Il y a quatorze ans, en 1889, dans une communication faite au Congrès international de Paris[1], cette relation était nettement affirmée; il y était dit d'une façon très précise que l'inflammation permanente aiguë ou chronique des tissus péridentaires du tissu gingival principalement était toujours occasionnée par les dépôts de corps étrangers qui adhèrent aux dents notamment et presque toujours par le tartre.

---

1. La gingivite.

A cette époque cette communication fut violemment combattue. Depuis lors les idées ont marché. Aujourd'hui, si l'on ne dit pas nettement que toutes les gingivites ont pour cause initiale les dépôts qui s'attachent sur les dents, que le traitement chirurgical, c'est-à-dire le grattage, est le seul traitement utile, *au moins reconnaît-on que c'est par là qu'il faut commencer, que l'intervention purement chirurgicale amène immédiatement une amélioration notable dans tous les cas et suffit le plus souvent à guérir l'affection.* Quand on se sera bien pénétré de cette vérité : « Lorsque le tissu gingival reste » violacé et congestionné en certains endroits, vous pouvez affirmer » qu'il recouvre une parcelle de tartre et que le nettoyage a été in- » complet[1] », on aura la raison d'insuccès ou de demi-succès fréquents, en même temps que la notion très précise de la véritable cause d'une affection à laquelle Johnson attache assez d'importance pour l'enclaver dans une œuvre consacrée, sauf le 1er chapitre, entière ment à l'obturation des dents.

Le chapitre qui traite de l'ablation de ce que Johnson appelle les calculs sériques, calculs dont M. Tellier a longuement parlé au Congrès de Lyon comme d'une des causes les plus fréquentes de la polyarthrite, démontre que le traitement chirurgical par le grattage des dents a d'autres applications que la guérison de la gingivite. Il faut du reste se rappeler que Younger applique cette méthode, dont il a démontré à plusieurs reprises les bons effets notamment à l'École dentaire de Paris.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, M. Johnson étudie rapidement l'étiologie de la carie dentaire. Il n'entre pas dans le cadre d'une étude critique rapide de suivre un auteur pas à pas dans tous les développements qu'il donne à son œuvre. Un seul point nous frappe dans la 1re partie de son étude, c'est l'importance qu'il attribue à la formation d'une plaque gélatiniforme par des microbes gélatigènes. A l'abri de cette plaque, les microbes produiraient leur acide capable de désagréger l'émail. Il serait puéril de nier que l'émail, à peu près entièrement formé de sels calcaires, peut subir l'influence des acides ; pourtant il semble prématuré d'en conclure que c'est là la cause initiale de la carie de l'émail. On sait que Magitot, partisan de la théorie purement chimique, démontrait la vraisemblance de son hypothèse en reproduisant artificiellement la carie sur des dents protégées par de la cire fondue et dénudées seulement à la place choisie pour l'expérience. Ces dents plongées dans des acides dilués pendant un temps variable, montraient à l'examen que leur partie vulnérable avait abandonné à la liqueur acidulée une portion de ses sels calcaires.

---

1. C. N. Johnson, p. 22.

La certitude que des lésions semblables pouvaient se retrouver dans la bouche aurait tout au plus prouvé que, là aussi, les acides pouvaient agir comme dans un simple milieu. Cette pellicule gélatiniforme expliquerait peut-être les altérations de l'émail sur les portions interstitielles des dents, encore faudrait-il admettre l'immunité des points de contact; mais il nous semble difficile d'expliquer ainsi les caries labiales des dents de bouche. Pour nous, la clinique et l'observation ont depuis longtemps éclairci ce sujet : il y a entre la genèse de la carie de l'émail et de la carie de l'ivoire des différences profondes. La carie de l'ivoire, Choquet l'a démontré irréfutablement, est d'origine polymicrobienne. Pour nous, la carie de l'émail, essentiellement différente, est sous la dépendance d'un bacille spécifique. Il est bien entendu que, sont exceptées les altérations qui se produisent sur les dents en place dans la bouche, comme elles se produiraient dans un simple milieu, en présence des mêmes réactions. L'altération spécifique de l'émail est objectivement facile à déterminer. Sur la face labiale des dents antéro-supérieures (par exemple) elle est caractérisée par la présence d'une bande de couleur verdâtre au début. Dès que la coloration est visible, l'émail est pénétré et altéré. Il suffit, pour en acquérir la preuve, de traiter l'affection par le grattoir; en effet, au contact de l'instrument, l'émail se réduit en une poussière d'un blanc opaque caractéristique qui se mélange au vert de la couche superficielle. En poursuivant le travail on arrive infailliblement en contact avec la couche saine qui ne se laisse plus entamer. Qu'on abandonne à elle-même cette affection, la coloration passe du vert clair au vert foncé, puis au jaune, et enfin au noir. Alors l'émail est altéré dans toute son épaisseur. La marche de la maladie est lente. Le lieu d'élection du dépôt qui paraît être la face labiale, nous semble plutôt ou tout au moins autant être interstitiel et au *point de contact* des dents contiguës. On peut s'en rendre compte en suivant la bande, dont le maximum de coloration *visible* occupe la partie de la face labiale avoisinant le collet, à égale distance des faces latérales. L'altération va décroissant jusque vers ces faces ; mais, où elle cesse d'être visible à cause du rapprochement des dents, on peut être sûr, en séparant celles-ci, de la retrouver plus foncée, plus ancienne par conséquent, *aux points de contact*. C'est cette altération, dont nous avons pu faire suivre à plusieurs confrères les différentes phases sur une même dent, que les auteurs appelaient autrefois « tartre vert », que M. Johnson appelle « enduits verdâtres ». Nous avons peut-être déjà trop insisté sur ce sujet, à propos d'une simple étude critique ; aussi nous réservons-nous M. Barrié et moi d'en parler plus longuement dans nos cours théoriques qui doivent être publiés. Qu'il nous suffise, pour le moment, et pour en terminer, de citer ces lignes de l'ouvrage de M. Johnson : « Les anciens dentistes avaient

» surtout remarqué l'enduit verdâtre que l'on trouve fréquemment
» sur la face labiale des incisives DES JEUNES SUJETS. Vous le verrez
» quelquefois même CHEZ LES ADULTES, quelquefois même en assez
» grande abondance. IL SEMBLE ÉTRANGE QUE NOS DEVANCIERS
» N'AIENT SIGNALÉ QUE L'ENDUIT DE COLORATION VERTE ET QU'ILS
» PARAISSENT AVOIR IGNORÉ PRESQUE COMPLÈTEMENT *ceux des autres*
» *couleurs. Les enduits brunâtres sont cependant plus fréquents, d'au-*
» *tant plus qu'ils se reproduisent à tout âge et sur toutes les dents qui*
» *ne sont pas soumises à un frottement énergique. Mais il faut remar-*
» *quer que la plupartde ces dépôts* **ont souvent un reflet verdâ-**
» **tre**, *lorsqu'on les examine à la loupe.* »

« L'adhérence de ces enduits à la surface des dents est très varia-
» ble : tantôt il vous suffira du plus léger frottement pour les enle-
» ver complètement, d'autres fois au contraire vous les trouverez si
» adhérents qu'ils *semblent faire corps avec l'émail.* » Et en effet ils font bien corps avec l'émail, ils l'ont pénétré et désagrégé et les cas où il suffit d'un léger frottement pour les enlever sont plutôt rares et encore doit-il s'agir dans ces cas d'un dépôt de matières colorées qui n'ont aucun rapport avec les taches vertes bien connues.

Au sujet des théories présentées par M. Johnson sur l'étiologie de la carie dentaire, nous avons le regret de voir que le nom de Choquet n'est même pas prononcé. A peine dans le courant de l'ouvrage et à propos de dentine altérée, les traducteurs parlent-ils d'un *moyen de stérilisation de la dentine proposé par M. Choquet.* Il est véritablement extraordinaire qu'un pareil oubli puisse se produire. Certes nous avons trouvé dans le livre de M. Johnson nombre de procédés qui ont été déjà décrits soit par nous, soit par d'autres ; l'idée ne saurait nous venir de réclamer à ce propos. En matière de technique et d'observation, les gens qui travaillent et cherchent à se rendre compte de la raison des phénomènes qu'ils observent sont appelés à exprimer les mêmes idées parfois dans des termes à peu près identiques. Nul ne saurait se prévaloir de priorité à cet égard, pour cette raison que la *majorité* d'entre nous, dentistes, tant américains qu'anglais, français ou allemands, ne lisons que notre langue respective. Les travaux qui se publient à l'étranger passent souvent et involontairement inaperçus, surtout lorsqu'ils constituent ce qu'on pourrait appeler la menue monnaie du progrès. Cette menue monnaie qui, prise en bloc, forme la presque totalité de l'édifice, ne présente souvent en apparence qu'un intérêt dont l'étendue ne dépasse pas le rayon national. Il ne saurait en être de même de travaux dont l'intérêt et la réputation doivent être mondiaux. Sauf erreur, c'est dans cette catégorie que nous plaçons les travaux de Choquet. Certes, loin de nous l'idée de penser un instant que M. Johnson a pu, de parti pris, méconnaître un auteur français de la valeur Choquet. Nous serions

désolé que l'on pût croire que nous voulons établir un parallèle quelconque entre la largeur d'idées de M. Johnson et celle du stomatologiste français. L'oubli que nous signalons nous a frappé, nous le disons ; c'est tout.

En suivant l'auteur dans les nombreuses descriptions qu'il donne des travaux que comporte la réparation des altérations dentaires, on est frappé de l'effort accompli pour moderniser la technique opératoire de l'obturation. A côté des idées personnelles de l'auteur, qui sont elles-mêmes très modernes, toutes les méthodes logiques, tous les efforts accomplis en vue de résultats meilleurs, sont vivement mis en lumière. C'est une marche tenace, patiente, vers la perfection. Le chapitre consacré à la préparation des cavités contient des indications précieuses qui devront trouver place dans l'enseignement. C'est logique, raisonné et cela s'enchaîne admirablement avec les indications données au sujet des obturations.

*L'extension préventive* des cavités, en tant que moyen prophylactique contre les récidives, est développé nettement sans intempestive timidité, mais aussi sans sectarisme. Les réserves faites au sujet de l'application de la théorie sont parfaitement comprises. Elles interdisent aux critiques quand même de s'appuyer sur les cas où il est manifestement impossible d'appliquer la méthode indiquée pour la rejeter en bloc. Le critique quand même arrive toujours à point pour mettre en lumière le cas unique, que l'initiateur d'une méthode n'a pas prévu, pour faire saillir l'exception, généraliser le fait particulier et démontrer péremptoirement, en quelques secondes, qu'un travail qui a coûté de grands efforts ne présente aucune sanction utile. Un esprit pratique, un homme de sens ne pouvait être arrêté par le grain de sable ; avec M. Johnson, le chapitre des contre-indications est traité avec le même soin, la même lucidité que celui des méthodes qu'il expose.

Si nous regrettons de voir les principes fondamentaux épars, perdus dans la masse, au lieu d'être mis en vedette en tête de chapitres, de former un bloc condensé, d'où doivent découler les explications claires et minutieuses qui ne font jamais défaut dans l'œuvre ; si nous regrettons par exemple que les principes de la rétention ne soient décrits qu'au fur et à mesure de l'explication des cas, sans formule générale préalable, qu'ils ne soient envisagés qu'incidemment, pour ainsi dire, au point de vue des différences qu'ils doivent présenter suivant la nature des obturations, c'est surtout en nous plaçant au point de vue de l'enseignement, c'est-à-dire de l'étudiant. Le praticien, lui, saura toujours tirer son profit de la profonde expérience de l'auteur. En un mot nous regrettons un peu la forme pédagogique. L'ouvrage y gagnerait, à notre avis, en utilité pour l'étudiant ce qu'il perdrait en intérêt passionné pour le lecteur déjà praticien. Il est

possible de n'être pas d'accord avec M. Johnson sur tous les points et nous aurons occasion de revenir sur ce sujet. Mais, par contre, il est impossible de n'être pas frappé de ses théories sur la rétention des aurifications, le système angulaire, la disposition en gradin pour les restaurations des faces mésio ou disto-triturantes, système d'ancrage qui constitue un véritable grappin jeté sur la dent. Il est décrit d'une façon si lumineuse que ses avantages ne peuvent passer inaperçus. Citons cette phrase à propos des contre-indications à cette méthode, qui peuvent se présenter et que l'on ne saurait entièrement prévoir : « En somme il n'y a pas de méthode univer-
» selle, chaque type de cavité réclame sa méthode propre et c'est
» à vous de choisir celle qui paraît le mieux convenir. Notre rôle est
» d'indiquer les principes, d'exposer le procédé opératoire en géné-
» ral ; les détails, les variations, les modifications à apporter dans la
» pratique concernent l'opérateur et nul ne doit être dentiste qui
» n'est capable d'exercer son ingéniosite personnelle. »

N'est-ce pas là une déclaration de principes qui indique chez son auteur une grande largeur de vues ? M. Johnson si minutieux, si méthodique, est néanmoins un éclectique, mais un éclectique de bon aloi. On comprend que si, à son avis, toutes les méthodes doivent être enseignées, ce n'est qu'à la condition qu'elles puissent s'expliquer et se défendre logiquement.

Il faudrait pour exprimer l'admiration que nous inspire l'œuvre suivre l'auteur pas à pas. C'est avec regret que nous sommes obligé de passer sous silence nombre de choses d'un grand intérêt ; aussi allons-nous terminer rapidement en signalant les points qui nous paraissent les plus saillants. Un long chapitre est consacré à établir l'importance qu'il y a à reproduire les restaurations de contours proximaux, de façon à ce que la dent soit *maintenue* à sa place exacte et que le feston gingival interproximal soit entièrement protégé ; à cet égard il est mauvais d'établir des contacts larges quoique serrés, qui auraient pour résultat de favoriser la rétention de matières alimentaires entrées à force, et ce aux dépens de l'intégrité du bord gingival ; les dents ne doivent autant qu'il est possible se toucher que par les points uniques des contacts arrondis. Il s'ensuit que, pour le finissage d'une obturation de contours, le disque a d'une façon par trop générale remplacé la bande de toile d'émeri.

L'auteur indique formellement d'éviter la forme en plan incliné de la paroi axiale, car l'obturation aurait tendance à glisser sur la pente. Nous sommes heureux de nous rencontrer avec M. Johnson sur ce point que nous avons indiqué dans notre rapport sur l'aurification en 1899.

A propos du traitement de la dentine ramollie, nous constatons que l'auteur s'élève vigoureusement contre le maintien en place du

tissu altéré, il affirme hautement que la récalcification du tissu décalcifié est absolument impossible. Si l'on tient compte des recherches des Miller, Williams, Galippe Vignal, Choquet, cette théorie est la bonne. Laisser dans une cavité une couche quelconque de dentine infectée, alors qu'on sait maintenant depuis les récents travaux de ce dernier que l'invasion polymicrobienne pénètre souvent fort avant dans la dentine sous-jacente objectivement saine, est d'une mauvaise pratique. Il faut comme le chirurgien racler plus profondément, au delà du cri dentinaire. C'est bien notre avis. Pourquoi faut-il que Johnson s'arrête en si beau chemin ? Pourquoi pusillanimement recommande-t-il de laisser sur la pulpe une couche de dentine infectée pour éviter de la découvrir, à moins que ce soit en tant que tentative et qu'il s'agisse d'un jeune sujet ? Agir ainsi, c'est jouer à pile ou face sur la possibilité d'une réaction hypothétique, d'autant que Johnson est bien d'accord en principe avec les théories que nous avons émises en 1897, dans une communication sur le coiffage des pulpes, à savoir que la nécessité de conserver la pulpe devient de moins en moins impérieuse avec les progrès de l'âge.

La recommandation d'étendre une couche de ciment sur le plancher pulpaire est excellente. Ajoutons seulement, ce qui est évidemment dans la pensée de l'auteur, qu'il importe de recommander que ce ciment soit placé aussi épais qu'il est possible, que la combinaison comporte un excès de base au lieu d'un excès d'acide ; c'est la condition indispensable pour que la substance ne soit point irritante[1].

Louons sans restrictions le chapitre qui a trait à l'hypéresthésie de a dentine et à son traitement. Toutes les recommandations sont à suivre. L'auteur prétend que la méthode suggestive, l'influence psychique jouent un rôle presque aussi important en la matière que la thérapeutique usuelle, en quoi il a grandement raison.

M. Johnson ne pouvait échapper à la nécessité d'établir un parallèle entre l'or et les différentes matières obturatrices et de mettre en lumière l'ensemble de qualités qui en font la substance de choix. Nous sommes heureux de constater que les théories exposées par

---

1. M. Gross a signalé, en 1899 croyons-nous, des accidents occasionnés par l'emploi du ciment dans les cavités profondes. Il attribuait les mortifications de pulpes qu'il avait observées à la causticité du ciment. Nous avions toujours pensé que c'était surtout le grattage insuffisant qu'il fallait incriminer. Les découvertes de Choquet démontrent que, même dans la couche dure, il existe encore des colonies de microbes. Le grattage intensif est à peine suffisant pour donner la certitude d'un résultat satisfaisant. L'explication des cas signalés serait bien plutôt dans l'hypothèse de la continuation pure et simple du processus que dans celle de la récidive. Il est possible cependant que l'emploi de ciment très clair, et c'est ainsi qu'on a tendance à l'employer, produise des résultats analogues. Cela explique l'importance que nous attachons à recommander les ciments très épais au voisinage de la pulpe.

nous en 1899 dans notre rapport à la Société d'Odontologie[1] sont entièrement d'accord avec les siennes. Ses appréciations sur l'or cristal sont très judicieuses. Cependant nous devons dire qu'à partir de 1900 nous avons eu l'occasion d'employer l'or de Wats que nous ne connaissions pas lors de la publication de notre rapport et que cet or cristal nous paraît infiniment supérieur aux autres ors de même forme. Il ne s'effrite pas sous l'instrument et de ce fait est très facilement applicable sur les bords des cavités. Malgré ses grandes qualités adhésives il est néanmoins très malléable et se condense très bien, soit à l'aide des fouloirs à gros manches, soit avec le maillet, soit même avec les deux. Dans la méthode mixte, la facilité avec laquelle il adhère avec l'or non-cohésif est remarquable. Nous avons parlé de cet or dans nos cours et nous nous proposons d'en démontrer l'emploi, maintenant que nous sommes familiarisé avec son maniement et que nous avons pu contrôler les résultats d'opérations remontant à trois ans.

M. Johnson nous a presque réconcilié avec l'usage des matrices pour les aurifications. Ayant sagement limité leur emploi, il donne le moyen d'éviter les porosités vers les bords et la paroi artificielle. Nous avons suivi sa démonstration avec d'autant plus d'intérêt, que nous avions timidement essayé avec les lames de Francis Jean, vraiment remarquables par leur élasticité. Elles ont aussi l'avantage de ne pas nuire à l'éclairage, grâce à leur transparence. Sans être convaincu que l'on peut tasser l'or aussi bien et aussi commodément à tous les angles et sur les bords, surtout dans les cavités postérieures, où la matrice interdit l'emploi du coup *a retro*, nous reconnaissons qu'en prenant les précautions indiquées par M. Jonhson on peut, dans les cas difficiles, s'épargner et épargner à son malade beaucoup de fatigue et de temps.

Il y aurait encore beaucoup à dire, à mettre en lumière et à recommander dans le traité de M. Johnson. Il est préférable, pour ne pas faire d'un compte rendu une autre édition de l'ouvrage lui-même, de signaler simplement les lacunes, les oublis, ou les procédés publiés antérieuremeut qui s'appliquent aux méthodes exposées. Signalons d'abord l'or non-cohésif dont il n'est pour ainsi dire pas parlé. Il semble que l'auteur ne soupçonne pas les résultats que peut donner la méthode non-cohésive. Nous nous proposons, au retour des vacances, de provoquer à ce sujet un important débat accompagné de démonstrations que d'ores et déjà nous affirmons devoir être concluants.

Passons sur l'or platine présenté sous une forme si séduisante ;

---

1. L'aurification. Rapport à la Société d'Odontologie. Richard-Chauvin et Dr Pont.

nous n'avons aucune donnée sur le travail décrit par M. Johnson et nous nous proposons de l'étudier minutieusement, sur les coiffages dont la discussion nous entraînerait trop loin. Disons en quelques mots que les incrustations d'or demandent un remaniement complet dans leur technique et qu'il y a lieu à cet égard de s'inspirer des travaux de M. P. Guye, que nous ne sommes pas d'accord avec M. Johnson sur les théories du séchage, et que l'ai surchauffé peut très bien être employé dans la désinfection des dents sans leur faire courir d'autres risques que celui de durer vingt ou vingt-cinq ans après le traitement.

Nous aurions aussi bien des remarques à faire au sujet des obturations de porcelaine, mais tout cela ne peut être fait en détail qu'au moyen de publications importantes que nous nous réservons de faire. M. Barrié et moi, ainsi que je l'ai dit plus haut et après avoir rappelé que M. Poinsot a indiqué, il y a quelque quinze ans, un moyen très pratique d'ouvrir les dents mortes sans risquer d'accidents, que le traitement par le chloroforme de M. Bonnard méritait d'être cité, que M. de Marion avait publié antérieurement à M. Robin une étude très documentée sur le formol, nous ferons remarquer combien sont légères ces critiques étant donné l'importance du volume publié. Nous répéterons que l'ouvrage de M. Johnson est d'une lecture facile, attrayante, d'une clarté à laquelle les auteurs ne nous avaient pas habitués, et que dans son ensemble il constitue actuellement un véritable monument élevé à la dentisterie moderne.

L. Richard-Chauvin.

---

*Etude des kystes d'origine dentaire.*

Dr H. Dreyfus, Th. de Paris, 1902, Malione, 86 pages.

Ce travail est moins une œuvre originale qu'un résumé souvent incomplet de la question des kystes d'origine dentaire. L'auteur a eu surtout en vue la pathogénie de ces kystes, et, sur ce point particulier, nous trouvons un exposé clair et concis des diverses théories périostiques, folliculaires ou épithéliales paradentaires qui ont été successivement soutenues, la théorie de Malassez qui, actuellement, réunit tous les suffrages, permettant seule une explication scientifique de ces néoformations et ayant le mérite de faire rentrer les kystes de la mâchoire dans la loi générale des productions épithéliales kystiques, au lieu de les laisser isolés. Tumeurs uni ou multiloculaires, les différents kystes de la mâchoire ont la même structure, présentent tous un revêtement épithélial de leur cavité. Reconnaissant la même origine et dus à la prolifération de bourgeons épithéliaux paraden-

taires que l'on trouve *normalement* autour du follicule dentaire, ou bien ils évoluent par suite d'un état pathologique des dents, et ils sont radiculo-dentaires, ou bien par trouble de développement des dents et ils sont congénitaux, les kystes appendiculaires ne formant qu'une variété de kystes radiculo-dentaires très petits appendus à l'extrémité radiculaire d'une dent cariée. Contenant ou non des dents ou des rudiments de dents, parfois ne renfermant que du liquide (?), présentant des symptômes différents, d'une marche très lente et d'un pronostic bénin (?), ils sont d'un diagnostic facile en général ; seules, les tumeurs appendiculaires pourront passer inaperçues, bien qu'elles soient le plus souvent également diagnosticables. Dreyfus décrit ensuite les différents modes de traitement de ces kystes, extraction, cataphorèse pour les petits kystes appendiculaires, résection osseuse et curettage pour les kystes uniloculaires, résections très étendues et parfois ablation du maxillaire pour les kystes multiloculaires.

E. F.

# DEMANDES ET OFFRES

**PRIX** d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
**payable d'avance.** (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** » ).

*L'Administration de* L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **OPÉRATEUR-MÉCANICIEN Alsacien**, parlant *allemand* et *français*, ayant fait 3 ans d'apprentissage chez **D. D. S.**, sachant opérer et bien au courant de toutes les parties de la prothèse (*caoutchouc, or, couronnes, travaux a pont*, etc.) cherche place pour *le 1er septembre à Paris* ou *Province*. — Ecrire *par poste*, en affranchissant à 0,25 cent, aux initiales R. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(73-2)**

---

2 **TRÈS BON Cabinet Dentaire**, à **VENDRE,** sur *littoral méditerranéen*, 20 ans d'existence; affaires 25.000 francs par an. On céderait pour 20.000, *installation comprise*. Ecrire *par poste* aux initiales S. H., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**74-2**)

---

3 **A CÉDER** dans *ville de l'Ouest* **très bon Cabinet dentaire** créé depuis 8 ans. Chiffre d'affaires variant de 16.000 à 18.000 francs, *susceptible d'augmentation*. Loyer et contributions 1.700 fr. — *Installation moderne*. — Prix 15.000 francs. Le titulaire restera avec son successeur le temps qu'on désirera. — Ecrire *par poste* aux initiales A. R. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (75-2)

---

4 *Pour cause de santé.* **A céder de suite un CABINET**, *bien installé, bien situé* à Paris, faisant un minimum de 14.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr. de loyer. Ecrire par poste aux initiales B. C. Q., aux soins de *L'Odontologie*. (**76-2**)

---

5 **Paris. BON CABINET DENTAIRE**, *très bien situé*, à **VENDRE** pour **cause de santé**. — Bénéfices nets des quatre dernières années : 15.000 francs, pouvant être encore *augmentés* par titre de docteur et par diminution de frais. *Matériel en très bon état*. — Loyer 1.400 francs. — Ecrire : J. Bretin, rue du Banquier, Paris (XIIIe arr.). (**77-2**)

---

6 **FAMILLE** ayant **résidence agréable et très saine** près **PARIS** (*20 minutes de l'Ecole dentaire*) accepterait en pension élève de l'Ecole dentaire (homme ou dame). — *Prix modérés, Grandes facilités de travail*. — Ecrire aux initiales A. L. D. 37., aux soins de M. Papot, rue de La Tour-d'Auvergne, 45, à Paris-IXe. (**78-1**)

---

7 *On demande à REPRENDRE A PARIS un Cabinet dentaire* faisant environ *20.000 fr. avec facilités de payement*. On exigerait faire auparavant un *stage* de 2 ou 3 mois. — Ecrire *par poste* B. B. 41, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne (**79-1**)

---

8 **Pour raison de santé, VENTE d'un Cabinet** faisant 20.000 francs d'affaires, 1400 francs de loyer. Prix **20.000 francs** dont 8000 comptant, le reste *payable* par *annuité à la volonté de l'acheteur*. — Ecrire *par poste* aux initiales E. L. Y., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**80-1**)

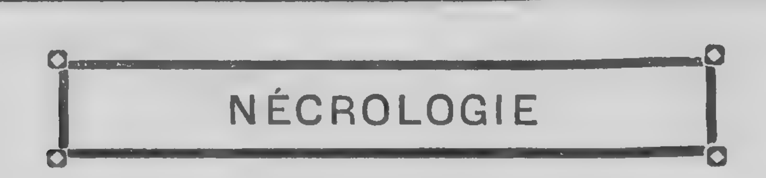
---

9 M. Choquet serait reconnaissant à ses confrères de Paris, de la Province ou de l'Etranger, de vouloir bien lui envoyer, pour des études qu'il poursuit actuellement, toutes les dents temporaires qu'ils ont l'occasion d'extraire.

## Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

*La plupart du temps les confrères qui usent de nos* « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

*L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir* **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



# NÉCROLOGIE

## JOSEPH SPYER

Le Dr Joseph Spyer, dentiste américain, qui jouissait à Mexico d'une certaine renommée, est décédé dans cette ville à l'âge de soixante-huit ans, des suites d'une affection pulmonaire. Il avait fait de sérieuses études en France et aux Etats-Unis.

Il y a quelques années, le Dr Spyer était venu à Paris où il séjourna plusieurs mois ; il fit d'intéressantes communications à la Société d'Odontologie de Paris dans laquelle il avait été admis.

Les obsèques ont eu lieu au cimetière américain.

Le Dr Spyer laisse une nombreuse famille, à laquelle nous adressons nos sentiments de condoléance.




## Distinction honorifique.

Notre confrère et ami M. Florestan Aguilar, organisateur habile de la Section d'Odontologie au Congrès de Madrid, vient de recevoir la décoration de l'ordre d'Alphonse XII.

Nous lui adressons nos cordiales félicitations.

---

## Société coopérative des Dentistes de France.

MM. les actionnaires de la Sòciété Coopérative des Dentistes de France seront convoqués prochainement en assemblée générale pour règlement des comptes du 1er semestre 1903. L'inventaire semestriel permettra la distribution non seulement de l'intérêt statutaire, mais encore d'une répartition de bénéfices sensiblement plus élevée que celle de l'exercice précédent. Ces résultats remarquables sont obtenus, malgré l'abaissement constant des prix de vente aux coopérateurs.

L'assemblée générale arrêtera également d'une manière définitive l'émission des actions nouvelles faite en mai dernier. C'est seulement après cette assemblée que pourront être distribués aux souscripteurs les titres correspondant aux actions souscrites.

Rappelons que les demandes d'actions et de renseignements peuvent toujours être adressées au Président de la Société coopérative des Dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne à Paris-IXe, qui fera toutes démarches pour procurer à ceux de nos confrères qui le désireraient le titre nécessaire pour pouvoir faire leurs achats à la Société.

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE FRANÇAISE




PARIS, 45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

### ADHÉRENTS

GROUPES PROFESSIONNELS, ÉCOLES, SOCIÉTÉS ET JOURNAUX

*Paris.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris,* 45, rue de La Tour-d'Auvergne :

1. Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.
2. Société d'Odontologie de Paris.
3. Association générale des dentistes de France.
4. Journal, *L'Odontologie.*

2° *Groupement professionnel de l'École odontotechnique,* 5, rue Garancière :

1. Association de l'École odontotechnique.
2. Société odontologique de France.
3. Chambre syndicale de l'Art dentaire.
4. Journal, *Revue odontologique.*

3° *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France,* 46, rue Lafayette :

1. Syndicat.
2. Journal, *Bulletin du Syndicat.*

4° *Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant* 1892 *ou diplômés depuis,* 5, rue Garancière.

*Province.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Lyon,* 20, quai de la Guillottière (Lyon) :

1. Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon.
2. Société d'Odontologie de Lyon.

2° *Association des dentistes du Rhône et de la région,* 2, rue Saint-Joseph (Lyon).

3° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Bordeaux,* 226, rue Sainte-Catherine, Bordeaux.

4° *Société des dentistes du Sud-Ouest,* 10, place Fondandège, Bordeaux.

5° *Association odontologique de Bordeaux,* 32, Cours de Tourny, Bordeaux.

6° *Société des dentistes du Midi,* 55, rue Alsace-Lorraine, Toulouse.

7° *Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais,* 9, rue Nationale, Lille.

8° *Syndicat dentaire du Centre-Ouest,* 68, boulevard Rochechouart, Paris.

9° *Association des dentistes de l'Est,* 33, rue de la Préfecture, Dijon.

## AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser un exemplaire de leur publication :

1° à *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

Les **adresses imprimées** de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'Administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité ; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

## COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

23e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1903 VOL. XXX




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# SUR L'INFLUENCE DES DISPOSITIONS ANATOMIQUES DANS LA MARCHE DES ABCÈS DENTAIRES

Par M. le Dr DALBAN, D. E. D. P.

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

Les abcès dentaires peuvent se diviser en deux grandes classes : ceux qui évoluent à l'intérieur de la cavité buccale, ceux, au contraire, qui se font jour au dehors, c'est-à-dire les abcès cutanés. Parmi les premiers, les abcès vestibulaires sont les plus fréquents ; ce sont eux, d'ailleurs, qui forment la majorité des abcès d'origine dentaire.

Il nous a paru intéressant de rechercher les causes qui favorisent ces deux localisations du pus, soit dans le sillon gingivo-labial, soit à la peau, car, si les abcès vestibulaires évoluent souvent sans grand dommage, il n'en est pas de même des abcès cutanés, qui, avec leurs fusées lointaines dans les régions cervicales, thoraciques ou cérébrales, ont à leur actif des accidents mortels.

Cette prédominance des abcès vestibulaires n'a pas été, sans frapper les observateurs, et différentes raisons ont été données pour l'expliquer.

On a invoqué l'influence de la pesanteur qui favoriserait au maxillaire inférieur la formation d'abcès cutanés, le pus, par son propre poids, ayant tendance à évoluer en dessous du sillon gingivo-labial. Cette raison n'est pas exacte. On constate, en effet, souvent, des abcès dentaires ayant une marche ascendante, évoluant de bas en haut loin du foyer initial. Dans l'économie, d'ailleurs, ce fait n'est pas rare et l'on voit des collections purulentes volumineuses qui n'obéissent nullement, dans leur évolution, aux lois de la pesanteur.

On a prétendu, également, à tort, que, suivant la localisation de la périostite au sommet, ou sur les côtés de la racine, on avait, soit une ouverture cutanée, soit une ouverture gingivale. Or, il n'y a pas de périostite latérale sans périostite du sommet, sauf dans la pyorrhée pourtant et cette affection n'est pas celle qui engendre le plus souvent des abcès dentaires. Dans la périostite, complication du 4$^{e}$ degré de la carie, l'infection ayant suivi la voie apicale, le périoste va s'enflammer à ce niveau et de là gagner les parties latérales, mais le maximum d'infection d'intensité des phénomènes se trouvera toujours au sommet de la racine.

On pourrait plus vraisemblablement invoquer la différence d'épaisseur des maxillaires dans leur portion alvéolaire, permettant la perforation au point le plus faible. Le plus souvent cette perforation se fait au niveau de l'extrémité radiculaire, point de départ de l'infection alvéolaire.

La grande raison invoquée par tous les auteurs est la différence de longueur entre les racines et le sillon gingivo-labial : des racines plus courtes que le sillon donneraient des abcès gingivaux, des racines plus longues des abcès cutanés. Or, comme les racines sont normalement plus courtes que le sillon, ainsi s'explique la fréquence des abcès vestibulaires.

Cette raison séduisante ne doit être admise que si on la complète par la suivante qui, à notre avis, doit dominer toutes les autres. L'ouverture de l'abcès soit à la gencive,

soit à la peau, est déterminée par le rapport des extrémités radiculaires avec les insertions musculaires du rebord alvéolaire. Or, les muscles de la joue s'insèrent, précisément aux maxillaires, à peu près au niveau du fond du sillon gingivo-labial. On a pu dire ainsi que la différence de longueur entre le sillon et les racines jouait le principal rôle dans la marche du pus ; mais en réalité ce rôle n'est qu'apparent.

L'influence musculaire est toute naturelle. C'est une règle de pathologie générale, en effet, que le pus dans son évolution obéisse aux plans musculaires et aponévrotiques : il ne peut en être autrement pour les abcès dentaires.

Les rebords alvéolaires sont sertis par une série d'insertions musculaires parmi lesquelles celles du buccinateur, en dehors, sont les plus importantes. Les insertions osseuses de ce muscle se trouvent au niveau des trois grosses molaires et des deux prémolaires.

Le buccinateur est renforcé par d'autres muscles, dont les insertions, tout en étant plus éloignées du rebord alvéolaire, ont néanmoins une influence sur la marche du pus.

Au maxillaire inférieur ce sont les attaches osseuses des muscles masséter, triangulaire des lèvres, carré du menton.

Au maxillaire supérieur ce sont les muscles canin, myrtiforme, les deux élévateurs et les deux zygomatiques.

Si les extrémités des racines sont situées sur un plan supérieur à ces insertions musculaires (nous parlons, en ce moment-ci, du maxillaire supérieur) l'abcès évoluera forcément hors de la cavité buccale, les muscles formant une barrière entre le pus et la bouche. Au contraire, si les extrémités radiculaires sont en dessous des insertions, l'abcès sera gingival, évoluera dans le vestibule.

Si nous n'admettions comme influence sur la marche du pus que la différence de longueur entre les racines et le sillon, dans les cas de racines plus longues que le sillon, l'abcès devrait toujours évoluer à la peau. Or, il n'en est rien et nous avons constaté maintes fois des exceptions ; c'est

que précisément les insertions musculaires du rebord alvéolaire ne correspondent pas forcément au fond du sillon et qu'une racine plus longue que le sillon peut fort bien avoir, malgré cela, son extrémité radiculaire au dessous de l'intion du buccinateur par exemple, au maxillaire supérieur.

Un autre fait va nous prouver également que les dispositions musculaires ont une influence primordiale et presque exclusive sur la marche du pus.

Nous avons effectué une série de mensurations de sillons gingivo-labiaux. Nous avons établi des moyennes, donné des longueurs minima et maxima et, en comparant ces longueurs avec celles des racines des dents, d'après les tableaux de Black dans son anatomie dentaire, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes. Normalement les racines sont plus courtes que le sillon, sauf pourtant au maxillaire inférieur, au niveau des grosses molaires. Les trois grosses molaires inférieures, la dent de sagesse surtout, ont leurs racines plus longues que le sillon. Le sillon gingivo-labial est plus profond au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur. Il atteint son maximum au niveau des canines, son minimum au niveau des dents de sagesse.

Puisque les grosses molaires inférieures ont leurs racines plus longues que le sillon à ce niveau, tous les abcès qu'elles engendreraient devraient forcément évoluer à la peau. Or, il n'en est rien et cela précisément par ce que les insertions du buccinateur sont souvent sur un plan notablement inférieur au fond du sillon. De même la fréquence des abcès cutanés dus à ces dents s'explique également, le buccinateur formant souvent une barrière entre le pus et la cavité buccale.

Cette influence musculaire est encore démontrée par les considérations suivantes. Le buccinateur, dont l'action est la plus immédiate, n'exerce pas son influence au delà des prémolaires, point où finit son insertion osseuse. Plus avant ce sont les autres muscles décrits, triangulaire des lèvres, carré du menton, qui agissent. Or, il existe un petit espace

de deux à trois centimètres, entre le bord antérieur du masséter et le bord postérieur du triangulaire, espace dans lequel ne se trouve aucune insertion. A ce niveau le pus, n'étant plus gêné dans son évolution par une barrière musculaire, pourra fuser au loin ; ou au contraire un abcès primitivement situé au-dessous du sillon gingivo-labial pourra néanmoins revenir faire saillie dans le vestibule de la bouche, aucune barrière ne se trouvant entre lui et la cavité buccale.

L'influence des dispositions anatomiques que nous venons de signaler pour les abcès vestibulaires s'applique également aux abcès évoluant du côté des faces internes des maxillaires supérieur et inférieur.

Sur la face interne du maxillaire inférieur se trouve un muscle puissant transversalement étendu, le mylo-hyoïdien, qui établit une distinction très nette entre les abcès qui se développent soit au-dessus, soit au-dessous de lui. Les premiers vont évoluer vers le plancher de la bouche, les seconds vers la région sus-hyoïdienne. Si le pus contenu dans l'alvéole perfore celle-ci au-dessus du mylo-hyoïdien, nous aurons un abcès sub-lingual, au-dessous un abcès sus-hyoïdien. Ces abcès sont relativement rares, par suite de la disposition des racines et de l'épaisseur moindre des maxillaires en dehors.

Dans les abcès palatins le pus n'obéira aux dispositions musculaires que si l'on est en présence d'un abcès du voile du palais. Là, en effet, se trouvent des muscles, en continuation directe avec ceux du pharynx, région vers laquelle l'abcès fusera d'une façon toute naturelle. Si l'on se trouve en présence, et c'est le cas le plus fréquent, d'un abcès évoluant à la voûte palatine, là pas de muscles, mais, en revanche, un périoste épais et une muqueuse ayant une influence manifeste sur la marche du pus.

En effet, le périoste, très épais, adhère intimement à la voûte osseuse au niveau de l'arcade alvéolaire, beaucoup moins sur la ligne médiane. La muqueuse palatine également, qui est très dense, adhère à l'os par de véritables pro-

longements fibreux qui s'attachent aux rugosités de sa surface. Cette adhérence, très forte au niveau des rebords alvéolaires, c'est beaucoup moins aussi au centre de la voûte, au raphé. Dans les deux tiers postérieurs une épaisse couche glandulaire s'interpose, en outre, entre la muqueuse et le périoste. Il en résulte que parfois des abcès manifestement dus à une lésion d'une dent antérieure vont s'ouvrir en arrière vers les grosses molaires ou sur la ligne médiane, car à ce niveau périoste et muqueuse étant beaucoup moins adhérents se laissent plus facilement décoller. De plus, le périoste palatin est une membrane très résistante : le pus, avant de le perforer, le décollera sur une grande étendue, et comme le périoste fournit au squelette ses principaux éléments de nutrition, il en résultera que la nécrose ne sera pas rare à la suite d'abcès de cette région.

Certaines dents donnent presque toujours des abcès palatins, l'incisive latérale en particulier. Quelle est la cause de cette localisation spéciale ? On peut en chercher l'explication en remontant à la formation embryogénique du maxillaire supérieur et à l'évolution de cette dent.

En effet, comme on le sait, le maxillaire supérieur se développe par cinq points d'ossification, formant les pièces malaire, orbito-nasale, palatine et incisive. De toutes ces pièces, les quatre premières se soudent de très bonne heure, à la fin du sixième mois de la vie intra-utérine pour constituer un os unique. La dernière, au contraire, la pièce incisive, est complètement isolée chez l'embryon, elle reste séparée du maxillaire jusqu'au quatrième ou cinquième mois de la vie intra-utérine ; à la naissance, il existe encore chez la plupart des sujets des traces évidentes de cette suture. Cette suture persisterait même chez les nègres jusqu'à la deuxième dentition ; cette pièce incisive, par suite de sa soudure tardive, a été considérée comme une vraie pièce osseuse isolée, d'où le nom d'os intermaxillaire qui lui est donné. Cet os intermaxillaire, un de chaque côté, a été lui-même décrit par Albrecht comme formé de deux pièces, l'une interne, l'autre externe.

Ces deux pièces représentent donc deux sutures, mais la suture externe disparaît rapidement de telle sorte que, se basant uniquement sur la suture interne, on a pu pendant longtemps décrire une seule pièce à l'os incisif. Or, cette suture interne se termine précisément au niveau de l'incisive latérale. C'est elle qui disparaît la dernière, comme le prouve pathologiquement le bec-de-lièvre, affection due à l'absence de soudure de l'os intermaxillaire. On distingue deux sortes de bec-de-lièvre : le médian, dû à la non-soudure des deux os incisifs entre eux, et le latéral à la non-soudure des deux pièces interne et externe constituant l'os incisif. Le dernier est plus fréquent que le premier, précisément parce que la suture interne disparaît la dernière. Puisque la soudure entre les deux pièces constituant l'os incisif se fait la dernière, puisque précisément l'intervalle correspond à l'incisive latérale, ne peut-on admettre entre cette considération embryogénique et le fait pathologique des fistules palatines une relation de cause à effet ? N'est-il pas naturel que le pus s'échappe par une voie toute tracée, au niveau d'un point faible, véritable fontanelle? Ne voyons-nous pas au crâne les méningocèles, les encéphalocèles faire saillie à l'extérieur par les sutures entre les divers os du crâne ?

Ajoutons aussi que cette soudure intermaxillaire est beaucoup plus nette à la face palatine qu'au plancher des fosses nasales.

Si nous considérons maintenant l'incisive latérale sur un maxillaire d'adulte, nous voyons que sa racine est beaucoup moins perceptible sur la face externe de l'os que les racines de l'incisive centrale et surtout de la canine. Cette situation profonde rapproche donc cette dent d'une ouverture palatine. Cette situation postérieure est peut-être due également à une notion embryogénique. On sait que les dents permanentes naissent d'un bourgeonnement du cordon primitif qui a servi à former les dents temporaires ; or, ce bourgeon prend naissance en arrière et les dents permanentes une fois formées se trouvent placées à la face postérieure des dents temporaires.

Au moment de l'éruption des dents permanentes les incisives latérales ne viennent qu'après les incisives centrales, qui par leur volume ont déjà occupé une grande partie de l'espace destiné aux incisives latérales ; de plus, quand l'incisive latérale fait son apparition, la canine de lait, qui ne tombe que plus tard, est encore en place. Donc la dent est gênée à la fois de deux côtés ; c'est peut-être pour cela qu'elle garde cette direction postérieure, qui, par suite de la disposition spéciale de l'os intermaxillaire, favorisera encore, pour cette dent, la formation de fistules palatines.

Telles sont les diverses influences qui paraissent exercer une action sur la marche des abcès dentaires. Ce sont les dispositions anatomiques qui jouent le principal rôle, en particulier la situation des plans musculaires et aponévrotiques de la région. Ce sont eux qui guident le pus dans son évolution et qui favorisent la formation soit d'abcès vestibulaires ou sub-linguaux, soit d'abcès cutanés. Pour les abcès palatins le pus est guidé par la disposition spéciale de la muqueuse et du périoste dans cette région.



# PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS

## PROCÉDÉ DE FIXATION DES OBTURATIONS DE PORCELAINE PAR DES CRAMPONS DE PLATINE

Par M. Boesch, de Genève, présenté par M. Ott, de Paris.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 21 juillet 1903.)*

Je viens communiquer à la Société une nouvelle méthode de fixation des obturations d'émail dans les cavités, qui me semble offrir quelques avantages appréciables. Cette méthode est celle d'un chirurgien-dentiste de Genève : M. Boesch.

Elle permet de donner une rétention plus grande aux blocs d'émail placés dans les cavités des dents, et supprime l'inconvénient des rainures, qu'on est forcé de faire, souvent avec beaucoup de difficulté, dans les émaux, après la cuisson.

La méthode consiste en un pivot en platine, ayant deux petites rondelles à ses extrémités, dont l'une se cuit dans le bloc de porcelaine et dont l'autre émerge d'un creux dans le bloc et sera entouré de ciment, au moment de la fixation du bloc dans la cavité.

La manière de procéder est des plus simples et est encore facilitée par une série d'instruments appropriés spécialement à ce travail.

Le premier temps de l'opération, qui consiste à prendre l'empreinte, doit être exécuté très minutieusement, puisqu'il constitue la partie essentielle de ce genre de travail.

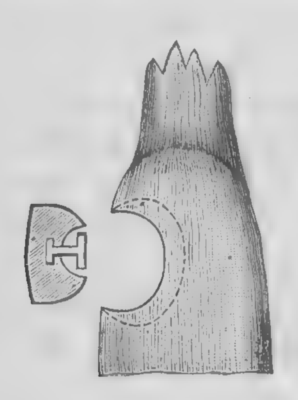
L'empreinte obtenue, on mélange 1/3 de terre à mouler bien fine, avec 2/3 environ de plâtre, on gâche le tout avec de l'eau en une consistance crémeuse et l'on y imprime et fixe l'empreinte.

Ce mélange une fois durci, on perce au centre de l'empreinte, à l'aide de l'instrument n° 1, un petit trou de 2 millimètres environ de profondeur, dans lequel on enfonce un des crampons en platine de la collection, dont la tête supérieure devra se trouver au-dessous du niveau de la cavité, cette partie du crampon devant plus tard être recouverte le plus possible par l'émail.

Si toutefois le bloc d'émail devait présenter une surface fortement convexe, la tête supérieure du crampon pourrait se trouver au niveau de la cavité.

Un choix de crampons de trois dimensions permettra d'obtenir ce résultat avec précision.

Le crampon placé, on pique avec l'instrument n° 1 un cylindre d'or n° 3, et, au moyen des presselles, on le fait glisser le long de l'instrument, jusqu'à ce qu'il force légèrement ; puis on le retire, pour le reprendre avec l'instrument n° 3. On place la partie évidée de cet instrument portant le cylindre sur la tête du crampon et, à l'aide des presselles, on descend le cylindre au fond de l'empreinte et du crampon ; il traversera ainsi, sans difficulté, la tête supérieure



de ce dernier, pour couvrir la rondelle qui se trouve au fond de l'empreinte.

L'or ainsi placé, il est très important de l'étendre, de façon à ce qu'il occupe une surface plus grande que la rondelle qu'il recouvre.

On obtiendra cela en l'étalant délicatement au moyen des

fouloirs nos 4 et 5, tout en évitant de le condenser, afin de pouvoir le retirer facilement après la cuisson de l'émail.

On ajoutera un deuxième cylindre, si l'espace entre l'or qui vient d'être placé et la rondelle supérieure du crampon est trop grand, car il est nécessaire que les 2/3 de l'espace situé entre les deux rondelles soit occupé par l'or et 1/3 par l'émail.

L'instrument n° 2 servira à fixer les cylindres dans les petites cavités.

Pour terminer cette préparation, on prend l'instrument n° 6, qu'on fait circuler tout autour de la rondelle supérieure du crampon, pour s'assurer qu'il existe bien, entre l'or et cette rondelle supérieure, un espace libre destiné à être rempli d'émail.

L'empreinte ainsi préparée, on coulera l'émail par le procédé habituel.

La fusion opérée et le bloc d'émail étant séparé du plâtre, on enlèvera de l'empreinte la feuille en or ou en platine avec l'instrument n° 9 et l'on sciera la pointe du crampon au niveau de la rondelle, en ayant soin de ne jamais se servir d'une pince coupante, qui pourrait briser l'émail.

Avec les ciseaux nos 7 et 9, on fait sauter tout autour de l'or la couche mince d'émail, qui le recouvre quelquefois, et l'on termine en retirant l'or, au moyen des instruments nos 8 et 9.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
**J. Fanguet, Georges Clotte, sr** (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
**A. Debraux, profr** (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
**Vve Jules Friese** (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
**L. Mairlot** (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
**Mamelzer et fils** (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
**Société coopér. des dent. de Fr.**, 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
**Vve J. Wirth** (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

## INCLUSION AU KAOLIN DES PIÈCES A SOUDER

Par MM.

F. DÉRUD (de Dôle), Dentiste.

et

J. JARRICOT, Interne à l'Asile public d'aliénés du Jura.

Nous nous proposons d'attirer l'attention sur un procédé qui nous donne des résultats excellents dans tous les cas où, pour effectuer des soudures à haute température, l'habitude est d'inclure dans une gangue les pièces intéressées. Le sulfate de calcium est la substance depuis longtemps employée à cet effet. Mais pour peu qu'on ait quelque habitude de préparer des pièces prothétiques, chacun sait que les soins les plus minutieux ne mettent pas toujours à couvert de divers petits accidents. Le bloc de plâtre, par exemple, même très lentement desséché, se fendille parfois et laisse arriver l'air jusqu'à la pièce incluse surchauffée. Le plâtre, d'ailleurs, prend toujours du retrait et ce retrait n'est pas sans avoir des inconvénients.

Après de multiples essais, nous avons arrêté notre choix sur une substance qui nous paraît douée de toutes les qualités nécessaires : c'est le silicate d'aluminium. Personnellement nous utilisons un kaolin presque pur et dont voici d'ailleurs l'analyse :

| | |
|---|---|
| Humidité | 0,60 |
| Eau combinée | 10,60 |
| Silice | 48,70 |
| Alumine | 38,05 |
| Protoxyde de fer | 0,30 |
| Chaux | 0,00 |
| Magnésie | traces |
| | 98,25 |

En raison du prix peu élevé de cette terre à porcelaine, de son travail facile et surtout de sa supériorité sur le plâtre dans le cas particulier, nous croyons utile de signaler ce procédé que nous utilisons avec fruit et qui serait original à notre connaissance du moins.

*(Voir la suite page 292.)*

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SÉANCES DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Organisées sous le patronage de la

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

**Par la Société d'Odontologie de Paris et la Société Odontologique de France**

*(Session annuelle de Paris, avril 1903.)*

*Vendredi 17 avril.*

TRAVAUX EXÉCUTÉS PAR LES ÉLÈVES DE 1re ANNÉE, par M. le Dr GODON.

M. Blatter, au nom de M. Godon absent, résume, en quelques mots, le programme organisé à l'Ecole dentaire de Paris, pour l'enseignement préparatoire de la dentisterie opératoire suivi par les élèves de 1re année.

Cette année, les résultats sont excellents.

M. Blatter montre une série de travaux exécutés par les élèves : dessins, dents de cire, dents en caoutchouc blanc vulcanisé, préparation de cavités, appareils fantômes avec obturations, travaux sur métaux, etc.

Pour l'enseignement pratique des extractions, M. Blatter présente des mâchoires en caoutchouc élastique creusées de cavités, dans lesquelles sont implantées les racines de dents naturelles ; les mâchoires sont fixées à l'appareil fantôme. L'élève peut ainsi se rendre compte des différents temps de l'extraction, de la position qu'il doit prendre, etc., etc.

Ce même appareil sert pour la démonstration de l'écartement des dents et même pour la préparation des cavités interstitielles.

Dans plusieurs écoles américaines, on a recours à l'emploi de cet appareil pour l'enseignement de l'extraction.

*
* *

SOMNOFORME ET EXTRACTIONS DENTAIRES, par MM. le Dr PAGE et HIVERT.

M. le Dr Page anesthésie au somnoforme trois malades qui sont opérés par M. Hivert.

La dose employée est minime : 3 ou 4 cc. suffisent pour chaque malade, comme l'affirme M. Page.

Le premier malade est un homme âgé de 28 ans, de constitution solide. Pendant la durée de l'anesthésie et de l'extraction de la première grosse molaire supérieure gauche, il a eu les yeux grands ouverts. Revenu à lui, il déclare avoir tout entendu, mais n'avoir absolument rien senti.

Le deuxième malade, un homme de 35 ans, robuste, s'endort dès les premières inhalations. Malgré la longueur et la difficulté de l'extraction d'une prémolaire supérieure, il affirme qu'il n'a pas souffert, qu'il a eu un rêve agréable au début, puisqu'il ne se souvient pas de ce qui s'est passé.

Enfin le troisième et dernier opéré, une femme de 29 ans, nerveuse et timorée, reste les yeux grands ouverts comme dans le premier cas : au réveil elle déclare s'être rendue compte de l'opération, mais sans avoir éprouvé de souffrances.

La dent extraite est une dent de sagesse supérieure.

*
* *

Obturations de porcelaine (Méthode Jenkins), présentées par Mlle Weill, élève de 1re année à l'Ecole dentaire de Paris, au nom de M. Heïdé.

Voici comment ces obturations ont été faites par M. Heïdé : après l'écartement préalable des dents à obturer, M. Heïdé prépare la cavité à l'aide de fraises ordinaires ; puis, pour obtenir des bords nets afin d'assurer une adaptation parfaite du bloc, il se sert de fraises à finir et de meules d'Arkansas de Jenkins.

L'empreinte de la cavité est prise avec une feuille d'or n° 30, soigneusement adaptée contre les différentes parois de la cavité et ses bords, à l'aide d'amadou ou de la peau de chamois. L'empreinte, retirée avec beaucoup de précautions, est mise dans un mélange de plâtre et d'amiante. La pâte à porcelaine doit combler l'empreinte; quatre ou cinq cuissons sont nécessaires pour former le bloc qui est fixé au ciment de liquide.

Le travail est parfait.

*
* *

## Anesthésie générale au coryl. — Démonstration de M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton déclare qu'il a eu l'idée de recourir au coryl, comme anesthésique général, en voyant les malades anesthésiés localement par un jet de coryl, s'endormir fréquemment.

Le malade doit respirer seulement par la bouche. Les narines sont

bouchées avec deux petits tampons d'ouate hydrophile ou mieux avec le ressort d'un pince-nez.

On vaseline auparavant la cavité buccale et l'on fait rincer la bouche du malade avec de l'eau froide. Le jet de coryl est projeté sur la région à opérer d'abord, puis un peu partout dans la bouche, trois ou quatre fortes inhalations suffisent pour obtenir l'anesthésie.

M. Touvet-Fanton, au moment de faire sa démonstration, s'aperçoit du mauvais fonctionnement du coryleur, qui donne un jet insuffisant. Malgré ces conditions peu favorables, M. Touvet-Fanton réussit à plonger la malade, une femme de 30 ans, dans un état d'analgésie générale tel qu'il lui laisse toute sa connaissnce, mais en diminuant considérablement la douleur lorsqu'il procède à l'extraction de plusieurs racines du haut.

*
* *

## Redressement a l'aide de l'appareil Gaillard, modifié par M. Lemerle.

M. Lemerle rappelle tous les avantages que l'on peut tirer de l'appareil Gaillard ; il affirme que le seul inconvénient qu'on lui reproche, à savoir le temps considérable employé par sa fixation et son enlèvement, est absolument exagéré et n'existe pas. Il démontre pratiquement qu'en moins de dix minutes on peut placer ou retirer un appareil de ce genre.

Ce point parfaitement établi, M. Lemerle explique la modification apportée par lui dans la construction de cet appareil : pour le mettre à la portée de tous les praticiens et en rendre l'établissement plus facile et moins coûteux, il remplace la gouttière métallique par une gouttière en caoutchouc, naturellement l'appareil ainsi établi est plus volumineux qu'en métal.

Grâce à cette modification, ongagne du temps et l'on simplifie considérablement le travail.

Le seul inconvénient est l'immobilité absolue du bandeau de métal que l'on ne peut déplacer sans démonter tout l'appareil.

Pour obvier à cet inconvénient très sérieux, M. Lemerle coupe le bandeau en son milieu, l'allonge ou le raccourcit suivant la nécessité et soude les différentes parties à l'étain.

M. Lemerle fixe ses appareils à l'aide de fils d'argent vierge ; il en fait la démonstration pratique, ainsi que du placement des anneaux de caoutchouc.

Pour faire mouvoir les dents, M. Lemerle se sert de fils de caoutchouc, de fils de soie de pêche, et de soie à ligature chirurgicale.

*
* *

Présentation d'un abaisse-langue, par M. Lemerle.

M. Lemerle a fait construire un abaisse-langue servant à immobiliser la langue au cours des opérations pratiquées sur les dents du maxillaire inférieur. Cet instrument, fort bien conçu, est tenu en mains par le malade lui-même grâce à un manche suffisamment long.

De plus, l'abaisse-langue de M. Lemerle sert à maintenir en place le linge ou l'ouate servant de digue contre l'envahissement de la salive. Cet abaisse-langue a été imaginé il y a trente ans par M. Gaillard père et M. Lemerle lui a fait subir d'heureuses modifications.

*
* *

*Samedi 18 avril.*

Démonstration d'implantation, par M. Oscar Amoedo.

M. Amoëdo procède, suivant son *modus operandi*, connu de tous, à l'implantation d'une deuxième petite molaire supérieure droite.

Afin de maintenir la dent implantée dans un alvéole artificiellement créé, M. Amoëdo la ligature, d'une part, à la première grosse molaire, d'autre part, à la première petite molaire, servant comme points d'attache. Les fils de soie passent ainsi par le sillon intercuspidien de la dent implantée, qui se trouve solidement maintenue en place.

Une malade, portant une petite molaire supérieure implantée lors du Congrès de 1900, a été également présentée par M. Amoëdo ; la consolidation est parfaite.

*
* *

Démonstration d'aurification, par M. A. Gastal, élève de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Gastal présente une série de fouloirs dont les pointes sont en forme de coins ou de rectangle. Cette forme spéciale de fouloirs lui permet de condenser l'or en quantité plus considérable et d'une façon beaucoup plus rapide.

M. Gastal se base sur la grandeur de la cavité, la solidité des parois, pour plier plusieurs feuilles d'or ensemble, en quatre ou en huit, qu'il découpe ensuite par petites lamelles. La condensation de l'or se fait à l'aide du maillet à main.

M. Gastal aurifie une deuxième prémolaire droite inférieure présentant une carie du 2e degré et dont la face médiane est en grande partie détruite.

L'or est appliqué d'abord sur le bord cervical, puis sur la partie la

plus inaccessible et enfin la cavité est remplie toujours perpendiculairement à la dent.

Ce procédé permet à M. Gastal de terminer son aurification, y compris le brunissage, en une heure cinq minutes.

*
* *

Démonstration d'une obturation mixte : ciment et or, par le Dr Levett.

Il est des cas fréquents dans lesquels l'envahissement de la substance dentaire par la carie est tel qu'après l'ablation des parties atteintes on ne peut songer à creuser davantage la dentine sans compromettre la résistance des parois de la cavité. Il devient, par suite, difficile d'établir une rétention suffisante pour une aurification durable. Pour ces cas, le Dr Levett a exposé une méthode peu connue en France et qui permet d'obtenir une base solide en faisant adhérer à une couche de ciment, les cylindres d'or qui forment cette base. On se sert, pour la constitution de cette couche, d'un ciment qui n'est ni trop dur ni trop liquide, et sur lequel, alors qu'il est encore mou, on applique les cylindres d'or de façon à le recouvrir totalement. Lorsque le ciment est arrivé à un durcissement complet, on continue l'aurification comme s'il s'agissait d'une aurification adhésive ordinaire. Il faut veiller à ce que l'or recouvre exactement le ciment sur les bords de la cavité, afin de le protéger contre l'action destructive de la salive. Le cas qui a servi au Dr Levett pour sa démonstration était une petite molaire inférieure droite, atteinte, sur sa face distale, d'une carie du second degré avancée. La cavité, qui n'avait ni points de rétention, ni gouttière, mais une simple rainure sur ses parois, ne se prêtait nullement à une aurification faite suivant la méthode classique.

Le ciment employé était celui de Trey, qui durcit assez vite.

Cette aurification, grande et difficile, n'a duré qu'une heure.

*
* *

Présentations et démonstrations pratiques, par M. Léon Delair.
*Voile à clapet.*

M. Delair fait la technique de son voile à clapet. Il en décrit les avantages au point de vue phonétique. Dans des moules en métal il en exécute un sous les yeux des assistants. Le caoutchouc à employer pour la prothèse vélo-palatine est le vela rose, qui cuit en une heure, ou bien le vela brun, qui exige quatre heures au moins de cuisson ; ce dernier est plus durable.

Pour l'obtention de voiles d'essai, M. Delair s'est livré sur le

caoutchouc à des expériences qui lui ont permis de faire des appareils vélo-palatins ou de la face avec du caoutchouc dentaire ordinaire, blanc ou rose.

Voici comment il procède :

Bourrage du caoutchouc dans le moule de plâtre recouvert d'une feuille d'étain ou en métal. Mise en machine du moule reposant sur une soucoupe isolante en porcelaine. Elévation de la température à 155 centig. ou environ cinq atmosphères. Sitôt ce degré atteint, lâcher immédiat et rapide de la vapeur, puis immersion du moule dans l'eau froide. Après refroidissement complet, ouvrir le moule et en retirer la pièce qui, n'ayant subi qu'un commencement de cuisson, conservera sa forme pendant de longues semaines, ce qui permettra d'exécuter pendant ce temps un appareil définitif et plus durable.

### Porcelaine et prothèse squelettique.

M. Delair modèle une portion de maxillaire inférieur identique à la pièce schématique qu'il montre intercalée entre deux tronçons d'os sain sur lesquels elle est boulonnée, grâce aux pinces spéciales qu'il a imaginées et qui rendent le boulonnage pratique aussi bien pour la mâchoire que pour d'autres os, et cela dans toutes les directions. Il explique comment on obtient les pas de vis dans la porcelaine, pour y fixer les attelles, grâce à des tarauds d'aluminium laissés dans la pâte à porcelaine jusqu'à dessiccation complète. La pâte industrielle peut contenir 6 pour 1000 d'oxyde de titane pour la coloration des blocs.

Cette pâte est facilement modelable, mais on peut aussi la mouler dans des blocs en plâtre, d'après telle ou telle portion d'os, à la condition de la grossir d'un cinquième en raison du retrait que subit au feu la pâte riche en kaolin.

Puis, M. Delair présente une collection d'os obtenus par ce procédé et renforcés intérieurement par une tige de nickel, ainsi que diverses reconstitutions squelettiques partielles.

*
* *

### *Dimanche 19 avril.*

### Extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Röse, par le Dr Friteau.

M. Friteau fait sa démonstration suivant la méthode qu'il professe depuis bientôt quatre ans à l'Ecole dentaire.

Les malades soumis par lui à la chloroformisation sont placés dans la position de Röse, ce qui lui permet d'extraire les dents du bas avec les daviers des dents du maxillaire supérieur.

M. Friteau opère dans cette position, avec une série de daviers qu'il a modifiés, un malade ayant quatorze dents à extraire.

La durée de la narcose et des extractions a été de 22 minutes.

Bien que le malade soit alcoolique (il avoue boire quatre bouteilles de vin par repas), la narcose a été obtenue avec 8 grammes de chloroforme Chevretin et Lematte, au bout de 12 minutes. Quelques gouttes de chloroforme ont suffi pour compléter la narcose après chaque série d'extractions.

*
* *

Démonstration microscopique, par M. Choquet.

M. Choquet présente une coupe micrographique d'un cas d'anatomie pathologique.

Cette préparation montre des lésions de la pulpe par prolifération de tissu de néoformation.

*
* *

Anesthésie locale a la cocaïne, par M. Loup.

M. Loup procède à la démonstration de sa technique. Pour extraire cinq racines de grosses molaires inférieures gauches, M. Loup se sert d'une solution au 1/100e, il enfonce l'aiguille de la seringue dans l'anneau fibreux entourant les racines; deux piqûres par racine, une jugale, l'autre linguale, sont nécessaires pour la bonne réussite de l'anesthésie.

A chaque piqûre correspond un mouvement rotatif de l'aiguille, afin de faire pénétrer la solution de cocaïne autour de la racine.

Les cinq racines ont été enlevées sans la moindre douleur ni le moindre incident.

*
* *

Bactériologie, par M. Ledoux, chef des travaux pratiques du Laboratoire de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

*Méthode suivie dans le laboratoire pendant l'année scolaire* 1902-1903.

M. Ledoux expose, en s'appuyant sur des observations appropriées, que la méthode qui lui semble la plus rationnelle consiste à faire jouer aux élèves un rôle actif. Il fait remarquer que les élèves les plus habiles dans l'art dentaire sont précisément ceux qui font avec ordre et méthode le plus grand nombre d'opérations. L'étudiant ne réussit généralement pas du premier coup une manipulation,

mais c'est en se trompant qu'il acquiert l'expérience et prend goût à son travail. L'obstacle suscite l'effort et l'effort soutenu, dit-il, conduit souvent à la réussite.

La technique bactériologique, quoique aisée au fond, est néanmoins longue et délicate. Le champ à explorer est des plus vastes.

Mais le temps réservé à la bactériologie étant des plus restreints, il est indispensable, surtout avec des débutants, de limiter le programme des travaux pratiques. Pour cette raison, il a, cette année, porté exclusivement ses efforts sur les microbes aérobies en divisant comme il suit l'ordre des leçons :

1° Préparation de stérilisation des milieux liquides et solides ;
2° Ensemencement de ces milieux et observation des cultures ;
3° Montage et examen des préparations.

Chaque élève a préparé lui-même ses tubes de culture, il les a plus tard ensemencés et les a périodiquement observés. Traitant d'abord de l'étude de quelques microbes non pathogènes (B. prodigiosus ; B. subtilis, etc.), le professeur a passé graduellement aux cultures de B. coli sur bouillon simple, gélatiné ou gélosé, pour arriver en fin d'année à l'étude de quelques microbes pathogènes de la bouche, comme le staphyloccocus pyogène aureus ou le micrococcus tetragenus.

Ainsi avec un nombre limité, trop limité même, ajoute-t-il, de séances, les élèves assidus sont, à la fin de l'année scolaire, en possession d'une méthode de travail, d'une base d'opérations qui leur servira d'initiation et leur permettra d'étendre plus tard — comme il en exprime le vœu — le cercle de leurs connaissances dans cette branche de la science aujourd'hui si importante au point de vue de la pathologie de la bouche.

*
* *

L'asepsie et le curage automatique des canaux dentaires par l'emploi simultané du permanganate de potasse et de l'eau oxygénée, par MM. Derud, de Dôle et Jarricot, interne à l'Asile public d'aliénés du Jura.
(Ce travail est lu par M. Friteau.)

*
* *

Travail a pont, par M. Richard-Chauvin.

M. Richard-Chauvin présente un très intéressant travail à pont.

La bouche du malade, après sa préparation en vue de la réception de l'appareil, comprend :

1° Les deux racines des incisives centrales sur lesquelles ont été fixées des dents à pivot;

2° Les deux incisives latérales trépanées et coiffées ;

3° La canine, qui a été coiffée d'une couronne.

Viennent ensuite les deux dents de sagesse.

C'est en profitant de ces deux dents que M. Richard-Chauvin a construit son bridge-work.

A. Tout d'abord la dent de sagesse a été couronnée et, aux dépens de la couronne, une petite rainure a été faite. Cette rainure est destinée à recevoir une petite plaquette d'or munie d'une gaîne et à servir par conséquent de point d'attache au bridge; la plaquette d'or, glissant dans la rainure de la couronne, appartient au bridge et se scelle au ciment sur la face triturante de la dent de sagesse.

Le bridge se termine donc de chaque côté par ces deux plaquettes.

B. Un bandeau d'or intérieur sur lequel les dents sont soudées complète l'appareil. Le bandeau s'attache par sa partie antérieure aux incisives et par sa partie postérieure aux dents de sagesse couronnées.

*
* *

## Démonstrations de M. Brunzlow, de Bruxelles.

M. Brunzlow présente un appareil à traction (type Angle), qu'il a construit pour le traitement du prognathisme du maxillaire supérieur.

La traction se fait à l'aide d'élastiques, soit en arrière des dents, soit en haut et en arrière, refoulant les dents en même temps dans leurs alvéoles.

Le point d'appui de la traction se fait sur la tête à l'aide d'une fronde.

La traction peut se faire progressivement grâce à des vis de réglage.

M. Brunzlow expose une série de modèles provenant de malades soignés avec son appareil, et en explique les différentes pièces dans la bouche.

Il présente également un porte-digue à matrice universelle.

Ce sont des bandelettes avec fermeture à écran-vis pouvant s'adapter sur toutes les molaires. Un fil métallique mou en forme de fourche mobile glisse dans un tube soudé du côté opposé à l'écrou et sert à la fixation soit de la digue, soit d'un rouleau de coton. De plus, l'anneau entourant la dent tient lieu de matrice lors d'une reconstitution.

*
* *

## Exposition des fournisseurs.

*Société française. — Instruments.*

M. Ott présente, au nom de la Société française de fournitures dentaires :

1° Le réflecteur électrique « le parfait ».

En réunissant les idées, les désirs et les exigences de nombreux praticiens, la Société française a établi un réflecteur parfait qui pourra donner satisfaction à tous les praticiens.

Ce réflecteur consiste en un système de fixation au mur à charnières permettant les mouvements latéraux et verticaux, en un tube double à glissière permettant un allongement de 90 c/m à 1 m. 60 et en un coude mobile avec petite boule à charnières à laquelle la lampe électrique est fixée avec son réflecteur.

Le tout est en cuivre nickelé ayant un aspect de solidité et de simplicité.

En repos, plaqué contre le mur, il n'est pas encombrant et il est toujours prêt à être ramené d'une seule main et mis dans la position désirée en un clin d'œil.

2° Le distributeur antiseptique distribue automatiquement le papier antiseptique pour la têtière.

Ce petit appareil obvie avantageusement à tous les inconvénients des serviettes japonaises qui se fixent difficilement à la têtière et se déchirent trop facilement, tout en coûtant très cher.

Il consiste en un rouleau en métal nickelé dans lequel est placé le papier aseptique ; à sa partie inférieure est ménagée une ouverture qui laisse passer le papier et à côté de cette ouverture est placé un couteau qui permet d'arracher rapidement le papier qu'on veut enlever. Ce rouleau est relié à la partie arrière de la têtière par deux ressorts en acier nickelé. L'appareil est donc placé rapidement sur toutes les têtières et, par sa flexibilité, ne gêne en aucune façon les mouvements de l'opérateur. Il permet de changer le papier recouvrant la têtière en un instant et ceci devant le patient, au moment où il va s'asseoir dans le fauteuil.

3° L'angle Smith, angle universel. Par un simple déclanchement il permet à l'opérateur de donner à la fraise huit positions différentes et de pénétrer aisément dans les endroits les plus inaccessibles. Comme l'angle droit n° 2 (les mêmes fraises peuvent servir), toutes les parties intérieures sont enfermées par une enveloppe en métal, donc entièrement à l'abri de la salive.

4° Le lait de magnésie. — Produit antiseptique et anti-acide (Mg H2 O2a). Ne contenant que de la magnésie dissoute par un procédé spécial dans de l'eau stérilisée.

Il ne renferme ni acide, ni carbonate.

*
* *

Maison Contenau et Godart.

MM. Contenau et Godart ont réuni dans une vitrine tous les derniers perfectionnements de notre arsenal opératoire.

*
* *

La maison Ash et fils expose l'appareil *du Dr Sharps* pour estamper les couronnes en or sans soudure (*Démonstration par M. Gatineau*) :

1° La nouvelle presse à couronnes présentée par M. Gatineau est l'appareil le plus pratique, le plus simple et le plus économique qui ait été fait jusqu'à ce jour pour la fabrication des couronnes sans soudure dites « anatomiques ».

L'outillage du Dr Sharps est calculé, combiné d'une façon irréprochable aussi bien comme pratique que comme simplicité de travail.

Il se compose : d'une série de mandrins (ou bouterolles) pour repousser les coiffes d'or servant à former les couronnes sans soudures ;

D'une boîte contenant une série des formes de dents les plus courantes, en caoutchouc ;

D'un tableau indiquant les grandeurs des disques en or pour exécuter les dents sans perte d'or.

Le procédé du Dr Sharps pour faire les couronnes possède les avantages suivants :

1° Exactitude d'adaptation ;
2° Rapidité d'exécution des couronnes ;
3° Economie d'or ;
3° Solidité.

M. Gatineau exécute une première prémolaire gauche.

2° M. Lion, directeur de la maison Ash, montre les différents systèmes d'obturation en porcelaine, blocs ronds en porcelaine avec fraises spéciales et jauge, système du Dr Dall ;

3° Un jeu d'instruments pour les obturations coniques en porcelaine du Dr Darin ;

4° Obturation des dents avec la porcelaine d'Ash, avec construction de moule en plâtre et en métal de Spence ;

5° Un nouvel abaisse-langue, modèle de M. Lemerle (démontré par M. Lemerle) ;

6° Un nouveau modèle de porte-empreinte ;

7° Nouveaux instruments pour les plombages métalliques, etc.;

8° Un nouveau fauteuil d'Ash à haute et basse élévation avec crachoirs fontaine de Weber.

*
* *

La maison L. Riasse expose :

1° Dents consolidated. Echantillons de formes et teintes. Crampons platine;

2° *Couronnes Davis à pivot mobile ;*

3° *Nouveau système de Bridge-Work.* Cupules en or se soudant les unes contre les autres et dans lesquelles se cimentent des couronnes en porcelaine ;

4° *Pièce à main angulaire de Davis* s'ajustant dans toutes les positions ;

5° *Outillage* pour faire les couronnes sans soudure ;

6° *Pinces à fendre les couronnes d'or ;*

7° *Vulcanisateur Davis à barre transversale.*

*
* *

La maison Wirth expose une série de tours d'atelier, de cabinet, de vulcanisateurs.

A signaler le dernier modèle du *fauteuil Wirth* qui est d'une construction parfaite et fait le plus grand honneur à la maison parisienne.

*
* *

M. Deglain expose :

1° Un plateau aseptique pour dessus de tablette de fauteuil ;

2° Une table-étagère ;

3° Un miroir de bouche avec application spéciale pour préserver l'étamage contre les liquides antiseptiques ;

4° *Un groupe de meubles dentaires :*

*a*) Un meuble en ébénisterie formant étagère avec tablettes en opaline.

*b*) Un meuble en fer, peint en blanc et verni, passé au four à un très fort degré, susceptible d'être lavé sans crainte.

*c*) Un meuble-étagère, armature toute en fer et peinte en faux bois imitation de noyer avec un tiroir.

*d*) Un guéridon, armature toute en fer, ton vert d'eau à trois

tablettes en opaline et galerie nickelée entourant la tablette supérieure.



Fig. 1.

*e*) Table-étagère, armature ébénisterie avec un tiroir et trois tablettes en opaline; sur ce meuble est posé un plateau aseptique pour tablette de fauteuil.

*Le secrétaire adjoint,*
BLATTER.




## *THÉRAPEUTIQUE*

**Caumartin**, ***Traitement de la pyorrhée alvéolaire.*** (*Echo méd. du Nord*, nov. 1902.)

Ce traitement sera général et local. Le premier consistera en un régime et une thérapeutique appropriés à la maladie générale (goutte, albuminurie, etc.). On aura notamment toujours soin avant d'instituer un traitement de la pyorrhée de rechercher si le malade n'est pas atteint de glycosurie. Mais c'est du traitement local qu'il faut attendre le succès. *a*) Il s'agit d'une poussée aiguë sur une seule dent : enlever à la curette le tartre qui siège autour du collet, puis badigeonner à la teinture d'iode le cul-de-sac intergingivo-dentaire et la gencive. Renouveler l'opération le lendemain. *b*) Plusieurs dents sont atteintes: le traitement sera le même. On pourra badigeonner les culs-de-sac avec de l'acide sulfurique monohydraté en ayant soin de ne négliger aucun interstice. Renouveler l'opération deux fois par semaine pendant un mois, toucher au thermocautère les points congestionnés des gencives. Les soins hygiéniques de la bouche formeront la base du traitement; on maintiendra par un nettoyage minutieux au cure-dent après les repas, par des lavages répétés et prolongés, une asepsie relative de la cavité buccale. *c*) La presque totalité des dents est atteinte : on procédera à l'extraction graduée des dents pour supprimer un foyer de suppuration qui peut devenir nuisible à l'état général du sujet.

**Redier**, ***Traitement des douleurs de la carie dentaire.*** (*Bull. de Thér.* CXLV, 12, 30 mars 1903, p. 476.)

On emploiera une des mixtures suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| I. — Teinture de benjoin du Codex............. | 6 gr. | |
| — d'opium........................ | | āā 2 gr. |
| Chloroforme........................ | | |
| II. — Teinture de benjoin du Codex............. | 4 gr. | |
| Teinture d'opium........................ | | |
| Chloroforme........................ | | āā 2 gr. |
| Créosote pure........................ | | |

On introduit un petit tampon imbibé de la préparation dans la cavité préalablement nettoyée et asséchée; la seconde solution ne sera employée que dans les cas rebelles, sa saveur étant fort désagréable et persistante. On maintiendra en place ce premier tampon au moyen d'un second tampon imbibé d'une substance résineuse, qui en fera, au contact de la salive, une masse consistante adhérente aux parois de la cavité et plus ou moins imperméable. Laisser le pansement en place 48 heures et le renouveler si besoin est. Une bonne formule couramment employée de mixture occlusive est la suivante :

| | |
|---|---|
| Benjoin de Siam........................ | āā |
| Alcool à 80°........................ | |

Faire dissoudre, laisser reposer et décanter.

***Traitement des gingivites.*** (*Journal des Prat.* 21 févr. 1903, p. 120.)

On s'adressera d'abord à la cause de l'affection (tabagisme, diabète, affection dentaire, etc.). A l'intérieur on donnera par jour quatre cuillerées à soupe de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse .......................... | 1 gr. à 4 gr. |
| Sirop de framboise.......................... | 30 gr. |
| Eau distillée.............................. | 120 gr. |

Localement, faire des badigeonnages des gencives malades par exemple avec une solution de nitrate d'argent à 1/20, et en cas de douleurs on fera usage de la cocaïne, des bromures, de l'antipyrine. Gargarismes toutes les deux heures avec des décoctions de pavot (à 20 o/oo) ou de guimauve (20 o/oo). Dans les gingivites des femmes enceintes, on touchera les régions malades avec :

| | |
|---|---|
| Alcoolat de cochléaria........................ | } ãã 15 gr. |
| Hydrate de chloral.......................... | |

(Pinard). On ne pratiquera pas de scarifications des gencives. Contre certaines gingivites à forme fongueuse et hypertrophique, on emploiera la cautérisation avec fruit.

H. Ch. Fournier.

## *PATHOLOGIE*

**Flandrin,** ***Kyste congénital de la joue.*** (*Dauphiné méd.*, févr., 1903.)

Il s'agit d'un enfant opéré pour un kyste séreux congénital de la joue gauche. La portion osseuse enlevée au cours de l'opération représente les différents segments d'un membre supérieur, clavicule, humérus, une portion osseuse, vestige probable des os de l'avant-bras, un métacarpien et enfin un doigt recouvert de peau normale, présentant, outre ses trois phalanges, un ongle parfaitement formé à son extrémité. L'auteur porte le diagnostic de monstre double parasitaire qu'il range dans la classe des Eudocymiens, variété des Dermocyles, et se demande si le fait de cette inclusion fœtale dans un kyste séreux congénital type ne pourrait éclairer la pathogénie de ces kystes. Le Dr Jacquemet attribue cette monstruosité à la pénétration dans le même ovule, mais en des points éloignés, de deux spermatozoïdes, d'où développement de deux lignes primitives et de deux embryons à angle obtus, leur soudure s'étant effectuée au niveau des parties latérales de la tête. Primitivement il y aurait donc eu là un monstre double syncéphalien, puis l'un des deux embryons aurait subi un arrêt de formation ou mieux une résorption l'ayant réduit à ce rudiment de membre supérieur.

**Villar.** ***Kyste hydatique du masséter gauche.*** (*Gaz. des Hôp. de Toul.*, 4 juill. 1903, p. 211.)

Le kyste hydatique du masséter est d'une extrême rareté ; Dupuytren en a signalé un cas ; Marguet, dans sa thèse, en rapporte deux autres cas, mais moins nettement localisés. Ici il s'agit d'un kyste, du volume d'une noix, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la région massétérine gauche. Incisé en juillet 1900, l'opération donna issue à un liquide cristal de roche ; la tumeur était située sous l'aponévrose massétérine et était même recouverte par quelques fibres musculaires. Extirpation de la poche. Guérison rapide. Moins d'un an après, la petite malade, âgée de 14 ans, présente à nouveau une petite tumeur située un peu au-dessus de la cicatrice de la première opération. Com-

plètement extra-musculaire, le second kyste fut vidé, la poche extirpée; la guérison s'est faite sans encombre et a persisté depuis.

**H. Houpert,** ***De la grossesse considérée dans ses rapports avec la carie dentaire.*** (*Bull. Méd. de la Clin. Saint Vincent de Paul de Bord.*, III, 6 juin 1903, p. 81.)

« Chaque grossesse équivaut à la perte d'une dent », dit le proverbe. Si cette assertion est exagérée, il n'en est pas moins vrai que la grossesse accélère la marche des caries existantes et peut amener de nouvelles caries, vers la fin du premier et au cours du neuvième mois de gestation principalement; il n'est pas niable qu'il y ait corrélation fréquente entre la pathologie buccale et la grossesse, corrélation qu'il ne faut pas considérer comme une simple coïncidence. Quel est donc le mode d'action de la grossesse dans la production de la carie dentaire? Plusieurs théories sont en présence; *a*) il se produit, sous l'influence de la grossesse, une véritable décalcification des dents (Galippe), sous l'action d'acides fabriqués normalement par l'organisme et non détruits par lui au cours de la gestation comme dans l'ostéomalacie, suivant les uns; par excitation des nerfs vaso-moteurs des os, amenant dans le squelette en général, dans les os en particulier une hyperhémie notable et une véritable résorption, pour Fehling. — *b*) Théorie chimique : les acides jouent un rôle important dans la production de la carie dentaire; or la réaction salivaire pendant la grossesse est le plus souvent acide, soit que cette acidité provienne des troubles des fonctions digestives (Magitot), soit qu'elle reconnaisse pour cause les vomissements du début de la gestation amenant dans la bouche, ou bien de l'acide chlorhydrique pur, ou bien des vapeurs susceptibles d'attaquer les tissus dentaires (Amoëdo), « la carie dentaire étant chimiquement une maladie de déminéralisation par la présence en excès de principes acides dans la salive ayant une affinité supérieure aux combinaisons chimiques des dents[1] ». — *c*) Théorie microbienne : il existe dans la bouche des micro-organismes, auteurs de fermentations acides et produisant principalement de l'acide lactique, agent décalcifiant, ces micro-organismes trouvant un excellent milieu de culture dans le liquide buccal riche en débris hydrocarbonés. La vérité réside dans un sage éclectisme: les causes de la carie dentaire sont les mêmes pendant et en dehors de la grossesse; ce sont surtout les acides et les bactéries. Pendant la grossesse le facteur prédisposant est *l'état diathésique* lui-même, amenant une sécrétion salivaire propre au développement des bactéries susceptibles de produire la carie dentaire.

**Bougon,** ***De l'action du tabac sur une incisive.*** (*Journal de la Soc. contre l'abus du tabac*, août 1903.)

Voici encore, d'après l'auteur, un nouveau méfait du tabac, une nouvelle maladie due à l'action nocive de ce « hideux produit »; c'est l'ostéite superficielle des fumeurs, caractérisée « par la coloration d'un brun rougeâtre de la dent depuis le collet jusqu'au bout de *la racine laissée à découvert par l'ulcération des gencives à la suite de la périostite alvéolaire* (?), la surface grenue de la dent semblable à une peau de chagrin à granulations dures, inégales et saillantes, enfin l'hypertrophie de la dent tout entière, par suite de l'irritation provoquée par la fumée de tabac ». L'existence de cette affection est incontestable : l'auteur montre en effet, à l'appui de son dire, *une* incisive longue de 2 mm. 6 et épaisse de 8 millimètres, ce qui est considérable; en outre, signe certain du tabagisme, la racine est en train de se dédoubler. D'ailleurs si l'on rapproche cette dent, extraite de la bouche d'un adulte de 54 ans, d'une incisive

1 Michaëls, *Essai de sialo-séméiologie* (1902).

de petit enfant, on est encore plus surpris de la différence des dimensions indiquées ci-dessus (!!) Enfin, le tabac est cause également du développement d'un appendice styliforme osseux à l'extrémité de la racine, cette exostose étant bien une production nouvelle et non un débris osseux, restant à la suite d'une carie et ayant entamé la racine à cet endroit..... Nous signalons cette nouvelle et très bizarre affection. O tabac! que de crimes.....

H. Ch. Fournier.

## *ANESTHÉSIE*

**J. Renaut,** ***Action nocive du chloroforme sur le rein. Administration de l'éther anesthésique par le « mode interrompu ».*** (*Journ. des Prat.*, 12 avr. 1902, p. 225.)

L'auteur, après avoir prouvé que, contrairement aux conclusions de M. Daremberg, le chloroforme tue rapidement les animaux mis en expérience dans les laboratoires, si bien que c'est au moyen de ce produit qu'il sacrifie les sujets nécessaires à ses études histologiques, nous révèle un nouvel inconvénient très grave de la chloroformisation. L'administration du chloroforme à dose anesthésique, quand bien même on aura évité tout accident pendant la narcose, *produira toujours une lésion rénale.* Cette lésion consistera dans la destruction complète de la bordure en brosse sur le pôle libre des cellules épithéliales des tubes contournés. Ce fait, déjà reconnu, n'a pas attiré l'attention des expérimentateurs. Il s'agit cependant d'une atteinte très grave portée à la fonction sécrétoire des tubules rénaux : le rein deviendra pendant un certain temps, nécessaire à sa réparation, un rein malade ; le chloroforme, à lui tout seul, provoque ainsi une véritable néphrite desquamative, d'autant plus grave qu'elle se produit à un moment où le malade, devenu infectable à la suite de son opération, a besoin d'un organe émulgent parfaitement actif et efficace. Or l'éther, même employé chez des sujets plus ou moins suspects d'affections antérieures (diabète, albuminurie) pendant un temps relativement considérable (d'une à deux heures), laisse le rein absolument indemne.

Cette propriété, jointe à celles qu'on lui reconnaît déjà, devrait suffire à faire considérer ce produit comme l'anesthésique de choix. Il ne présente en effet qu'un inconvénient : celui d'amener des vomissements dans les quelques heures qui suivent l'opération ; encore peut-on facilement, d'après l'auteur, éviter cette complication en l'administrant par le « *mode interrompu* ». Une fois la narcose obtenue, on n'administrera l'anesthésique au cours de l'intervention que lorsque le malade réagira d'une façon quelconque à une excitation cutanée telle que le pincement renouvelé très fréquemment.

On pourra ainsi prolonger très longtemps l'anesthésie, en ne faisant respirer au patient que juste la dose d'éther nécessaire pour conserver l'insensibilité complète. Depuis vingt-cinq ans que M. Renaut emploie ce procédé, il n'a pas enregistré un seul accident, d'où il conclut que l'éther qui ne menace ni le cœur ni le rein doit toujours et exclusivement être employé comme anesthésique général « pourvu qu'on n'approche de la table d'opération ni un thermocautère, ni une bougie ».

**C. Hoffmann,** ***Etude sur l'anesthésie générale par l'éther administré goutte à goutte.*** (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, Bd. LXV, p. 403.)

L'auteur préfère l'éther au chloroforme dans l'anesthésie générale, comme n'occasionnant pas le plus souvent des lésions viscérales et ces lésions étant en tous cas toujours moins graves que celles causées par le chloroforme. Mais

l'éther ne doit pas être donné par doses massives; outre que l'anesthésie est longue à se produire, elle est précédée, par cette méthode, d'une période très violente d'excitation. On suivra chez l'adulte la technique suivante: une heure avant l'opération, injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine, puis, au moyen d'un masque, administration de l'éther goutte à goutte jusqu'à anesthésie complète obtenue généralement en 10 à 15 minutes dans le calme le plus parfait.

**A. Malherbe**, ***L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.*** (Congrès de Chir. 1901, in *Bull. de Thér.*, 15 août 1902, p. 229.)

Le malade étant dans le décubitus dorsal, on lui applique sur le nez et la bouche une compresse pliée en quatre épaisseurs et disposée en cornet, sur laquelle on a, au moyen des tubes de chlorure d'éthyle employés pour l'anesthésie locale, versé 2 ou 3 grammes de liquide. Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air au patient; la narcose se produit d'autant plus rapidement que le sujet fait de plus grandes inspirations; elle est complète en dix, quinze, vingt secondes au maximum. Elle est caractérisée par une résolution musculaire complète, un rythme respiratoire régulier, parfois accompagné d'un léger ronflement, et, pour l'opérateur, par la sensation d'une évaporation froide au niveau des espaces interdigitaux. Si l'opération est un peu longue, on versera une nouvelle dose (2 grammes), au besoin une troisième et une quatrième. Si elle doit durer plus de vingt minutes, on continuera l'anesthésie au chloroforme par le procédé des petites doses sans air. Les avantages de ce procédé sont sa simplicité d'abord, son innocuité absolue, vu la petite quantité de chlorure d'éthyle employé (10 à 15 grammes) ensuite, enfin la rapidité avec laquelle on obtient une narcose parfaite, surtout chez les enfants.

**Lepage** et **Le Lorier**, ***De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur.*** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 mai 1902.)

Les auteurs ont employé le chlorure d'éthyle en obstétrique pour les petites interventions que l'accoucheur peut être amené à pratiquer au moment de l'enfantement. Ils obtiennent une anesthésie complète en 30 à 60 secondes, durant au moins 4 minutes, avec un réveil très rapide (30 secondes), accompagné exceptionnellement de vomissements peu abondants. L'innocuité de cette méthode leur a permis de l'employer pendant la grossesse pour pratiquer des examens souvent douloureux.

**Ed. Laval**, ***L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle en chirurgie d'armée.*** (*Caducée*, 4 juillet 1903, p. 176.)

La simplicité de ce procédé, son innocuité absolue, et principalement la rapidité de son action ont engagé l'auteur à étudier l'opportunité de l'emploi du chlorure d'éthyle sur les champs de bataille. Il a réuni une statistique de 6753 cas avec un seul cas de mort chez un alcoolique dont le cœur était en état de dégénérescence avancée. Ses conclusions sont les suivantes: le chlorure d'éthyle permet de gagner dix minutes, temps précieux en campagne; il n'ajoute pas, comme le chloroforme, un véritable shok à celui qui résulte de la gravité de la blessure; les malades, immédiatement après leur réveil, sont transportables. Il demande que des expériences dans ce sens soient tentées en temps de paix dans l'armée française, sur le modèle de celles qui ont été faites en Autriche, en Roumanie et en Allemagne.

**Touchard,** ***Nouvelle application de la cocaïne en art dentaire.*** (Comm. à l'Acad. de Méd. in *Bull. de Thér.*, 30 juin 1903, p. 916)

Nous avons signalé dans notre dernière revue l'importante communication de M. Touchard. Nous reviendrons aujourd'hui sur ce travail, qui mérite mieux qu'une simple mention. L'auteur, fervent partisan de la cocaïnisation dans les extractions dentaires, a songé, après Reclus, en 1894, à employer la cocaïne dans les opérations douloureuses et longues à pratiquer sur une dent malade, telles que ouverture de la chambre pulpaire, ablation de la pulpe, extraction des radicelles, etc. Il s'était étonné, à juste titre, que, tandis que l'on emploie l'anesthésie cocaïnique pour une extraction, on la négligeât pour une intervention pénible et de durée plus considérable, comme celles que nous venons de signaler. Dès lors il a employé cette anesthésie d'une façon pour ainsi dire systématique, principalement dans les cas où il a rencontré une notable hypéresthésie dentinaire ou pulpaire ou encore chez les malades nerveux, chez les femmes particulièrement. Voici la technique que recommande l'auteur :

1° Employer la solution suivante:

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne................. | 0 gr. 015 milligr. |
| Eucaïne B............................. | 0 gr. 005 — |

pour 1 centimètre cube de la solution.

Adjoindre l'adrénaline à la dite solution quand l'effet de la cocaïne est rendu incertain par la congestion des tissus, ce produit jouant dès lors le rôle de « ligature vasculaire »;

2° Employer des aiguilles d'acier, très fines, très acérées, stérilisées par une immersion d'un quart d'heure dans le chloroforme ou mieux encore dans l'étuve sèche;

3° Pousser l'injection lentement en enfonçant l'aiguille de plus en plus profondément dans la direction de l'apex en restant le plus près possible du périoste ;

4° Ne pas dépasser une dose de 5 centigrammes de cocaïne en une seule séance.

L'anesthésie se produit en 2 à 15 minutes et dure de 10 à 40 minutes sans accidents ni incidents. La rapidité du traitement sous cocaïne n'amène en aucune façon d'augmentation de douleur après l'opération.

L'auteur rapporte vingt observations d'opérations effectuées suivant cette méthode. Il n'a eu que deux insuccès, dans des cas de pulpite aiguë, encore ces insuccès furent-ils relatifs, la dentine ayant été anesthésiée. Il tire de cette étude sur l'injection gingivale les conclusions suivantes :

1° La méthode supprime une douleur souvent égale et toujours plus prolongée que celle qui résulte de l'extraction d'une dent;

2° Dans les caries du 2e degré on supprime une préparation douloureuse. On peut en outre obtenir en une seule séance le résultat que l'on n'aurait atteint dans la généralité des cas que par des pansements multiples ;

3° Dans les caries du 3° degré on peut agir d'emblée sur la pulpe rendue indolore, d'où abréviation considérable de la durée du traitement.

Ces avantages méritent d'être signalés et ouvrent, sous réserve d'expériences ultérieures, un nouveau champ d'action à la cocaïne employée comme anesthésique dentaire.

**Regnier (L. R.)** et **Didsbury (H.),** ***Nouveau procédé d'analgésie des dents par l'électricité.*** (*Bull. de Thér.*, CXLIII, 23 mai 1902, p. 741.)

Les auteurs ont continué les recherches qu'ils avaient faites dans le but de substituer l'électricité aux agents chimiques généralement employés pour ob-

tenir l'anesthésie. Ils utilisent un courant de 150 à 250 milliampères, réglé à environ 300.000 alternances par seconde. Dans ces conditions, si l'on a soin de placer le malade sur un siège entièrement dépourvu de pièces métalliques, si l'on place l'électrode, moulage en *stent* enduit à l'intérieur de poudre métallique recouverte d'une feuille de papier d'étain, en contact intime avec la gencive débarrassée de la salive et du mucus qui la recouvrent, on obtiendrait de bons résultats. Dans quinze cas d'extraction de dents monoradiculaires, l'analgésie a été obtenue treize fois. Dans trente cas d'extraction de dents polyradiculaires, l'anesthésie complète n'a été obtenue que douze fois. Cette méthode constitue évidemment un progrès véritable. Elle a l'avantage considérable de ne laisser au malade aucun malaise après l'opération, et d'écarter toute crainte des accidents qui sont toujours à redouter avec les agents généralement employés. Mais son application nécessite une installation électrique complexe (appareil d'Arsonval-Gaiffe avec bobine donnant 30 centimètres d'étincelle, interrupteur rotatif, condensateur à pétrole, résonnateur, etc.) ; sa technique est en outre très minutieuse, la plupart des insuccès étant dus à des fautes opératoires. Enfin, si l'analgésie peut être complète, le patient, déjà effrayé par la mise en scène, les décharges du condensateur, etc., conserve la sensation de contact, et *sent* le davier, l'ébranlement et l'extraction, sans en souffrir, il est vrai. Cet inconvénient, joint aux résultats relativement peu probants fournis par la statistique en ce qui concerne l'extraction des dents polyradiculaires, doit faire considérer cette méthode comme une curieuse application de l'électricité ; elle détrônera peut-être un jour la cocaïne et l'adrénaline. En attendant elle reste à étudier plus profondément, car nous ne nous rangerons pas à l'avis des deux auteurs, et nous n'admettrons pas que, dans une opération pratiquée sous anesthésie « les cris poussés par les malades n'ont aucune valeur ».

H. Ch. FOURNIER.

## *FORMULAIRE*

### *Désinfectant de la bouche.*

| | |
|---|---|
| Alcoolat de cochléaria | 50 gr. |
| Teinture de quinquina | 50 gr. |
| Salol | 2 gr. |
| Teinture de gayac | 10 gr. |
| Alcool de menthe | 20 gr. |

Demi-cuillerée à café dans demi-verre d'eau tiède comme dentifrice antiseptique de la bouche. (*Presse Méd.*, 1er août 1903, p. 411.)

### *Dentifrice.*

Un bon dentifrice à formuler comme antiseptique de la bouche est le suivant :

| | |
|---|---|
| Thymol | 0 gr. 50 |
| Borate de soude | 5 gr. |
| Acide phénique | 2 gr. |
| Eau de rose | 200 gr. |
| Alcool de menthe | 15 gr. |
| Eau bouillie | 300 gr. |

Qq gouttes dans un verre d'eau. (*Presse Méd.*, 8 août 1903.)

*Poudre dentifrice alcaline.*

| | |
|---|---|
| Poudre d'iris de Florence | 15 gr. |
| Craie lavée | 5 gr. |
| Magnésie anglaise | 5 gr. |
| Pierre ponce porphyrisée | 5 gr. |
| Salol | 2 gr. 50 |
| Teinture d'ambre musquée | 0 gr. 50 |
| Essence de menthe | qq gouttes. |

Colorez légèrement en rose (*Bull. de Thér.*, CXLIV, 22, 15 déc. 1902, p. 880.)

*Solution pour le nettoyage de la bouche des enfants.*

| | |
|---|---|
| Ac. thymique | 0 gr. 50 |
| Ac. benzoïque | 5 gr. |
| Eau de menthe | 2 gr. 50 |
| Eau de badiane | 2 gr. |
| Teinture de cochenille | 6 gr. |
| Alcool à 80° | 230 gr. |

Mettre dans un verre d'eau une quantité suffisante de ce mélange pour produire un trouble et frotter les dents au moyen d'un tampon imbibé de cette solution. (*Bull. de Thér.*, CXLIV, 15, 23 oct. 1902, p. 592.)

*Elixir dentifrice* (Redier).

| | |
|---|---|
| Essence de cannelle de Ceylan | ãã 0 gr. 25 |
| — de girofle | ãã 0 gr. 25 |
| Acide thymique | ãã 0 gr. 25 |
| Saccharine | ãã 0 gr. 25 |
| Essence de menthe | 1 gr. 50 |
| Alcool à 90° | 100 gr. |
| Teinture de ratanhia | 2 gr. 50 |

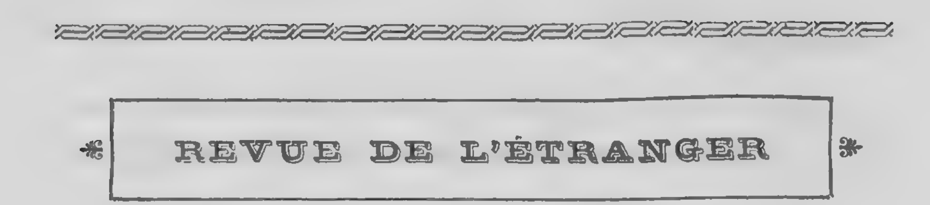
Une cuillerée pour un verre d'eau. (*Bull. de Thér.*, 8 sept. 1902, p. 350.)

## *INSTRUMENTATION*

**Kraus et Bardet, *Nouveau dispositif « siphon » pour la conservation et l'emploi du chlorure d'éthyle.*** (Soc. de Thér. in *Bull. de Thér.*, CXLV, 13, 8 avr. 1903, p. 487.)

L'appareil dont il s'agit est une imitation du siphon à eau de Seltz. Un tube plonge au fond d'un flacon contenant le liquide et aboutit à l'orifice supérieur capillaire. Cet orifice est fermé par un opercule, maintenu au moyen d'un ressort ; on soulève cet opercule en appuyant sur un levier semblable à celui qui est placé sur les siphons. Dispositif très simple, emploi facile et rapide, application à tous les usages du chlorure d'éthyle, tels sont les principaux avantages de cet ingénieux appareil.

H. Ch. Fournier.




### Hygiène dentaire scolaire en Autriche.

Un de nos principaux collaborateurs, M. le Dr Frank, de Vienne, nous adresse le texte d'un avis formulé par le Conseil médical de la Bukowine (Autriche), en réponse à une demande du gouvernement de la province, sur l'observation de l'hygiène dentaire dans les écoles. Ajoutons que ladite demande a été provoquée par M. le Dr Frank en qualité de membre de la Fédération dentaire internationale, ainsi que l'arrêté ministériel du 19 mars 1903 cité dans cet avis. Ce dernier a été transmis par le Conseil médical exécutif de Linz à tous les autres conseils médicaux autrichiens.

Dans ce document le Conseil de Bukowine se félicite que la nécessité d'une hygiène dentaire rationnelle soit signalée par les fonctionnaires du Gouvernement aux couches profondes de la population et approuve l'idée d'appliquer cette hygiène tout d'abord à la jeunesse des écoles. Il recommande de faire l'éducation du public et préconise à cet égard la propagation de notices appropriées, facilement intelligibles par les journaux quotidiens et par des brochures, ainsi que des conférences scientifiques populaires, etc.

Il recommande également des inspections scolaires obligatoires périodiques, des dispensaires dentaires ambulants, l'obligation pour tous les médecins revêtus de fonctions publiques de savoir obturer et extraire les dents, etc. Des honoraires aussi faibles qu'il est possible seraient attribués pour ces soins dentaires; pour les indigents les soins médicaux, ainsi que les inspections scolaires obligatoires, seraient aux frais des communes, caisses de secours, etc.

Pour faire observer véritablement l'hygiène dentaire, il convient que tous les médecins qui seront chargés de ce soin reçoivent une indemnité, cette tâche devant être rémunérée pour être accomplie sérieusement et fructueusement.

Le Conseil termine en formulant les 4 propositions suivantes :

1° Un prix de 200 à 500 fr. sera décerné à la meilleure brochure conçue sous une forme populaire et consacrée à l'hygiène dentaire, qui sera répandue dans les journaux, sous forme de prospectus, etc., par les autorités scolaires ;

2° Chaque médecin municipal, cantonal apprendra, moyennant

une bourse provinciale, communale, etc., ou autrement à extraire, à obturer les dents, etc. ;

3° Les communes supporteront les frais de traitement des malades indigents ; les malades en état de payer supporteront eux-mêmes ces frais, qu'ils soient ou non soignés dans des dispensaires dentaires ambulants ;

4° Un tarif maximum d'honoraires sera fixé pour les soins dentaires à donner aux indigents.

## DOCUMENTS PROFESSIONNELS

*Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers* GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

ACADÉMIE DE PARIS

—

**Certificat d'études secondaires exigé des chirurgiens-dentistes.**

—

2e SESSION DE 1903

—

*Circulaire n° 176.*

UNIVERSITÉ DE PARIS

Paris, 14 septembre 1903.

*Le vice-recteur de l'Académie de Paris, à Monsieur le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris-9e.*

J'ai l'honneur de vous informer que les examens du certificat d'études secondaires exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, *les mercredi 21 et jeudi 22 octobre prochain* (2e session de 1903).

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau), *du 15 septembre au 15 octobre inclus.*

Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0 fr. 60 portant l'indication de la langue dans laquelle le candidat désire subir *l'épreuve de la version*, ainsi que l'autorisation du père ou du tuteur, s'il est mineur. (Les signatures devront être légalisées.)

2° L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80 légalisé.

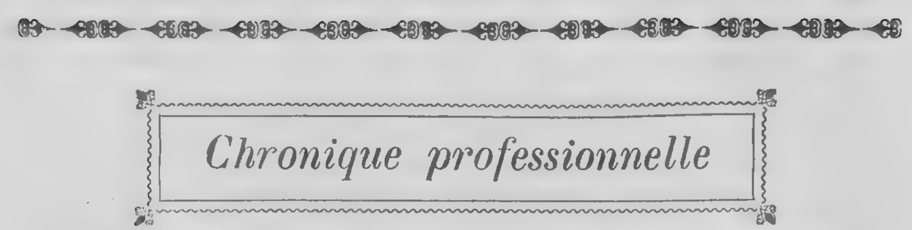
Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) sera remis à l'intéressé ; la quittance délivrée par le receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

Veuillez porter ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Pour le vice-recteur :

*L'Inspecteur de l'Académie,*

COMBARIEUX.



# Chronique professionnelle

*Sous cette rubrique* L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

## A propos du Congrès d'Angers.

Les réunions professionnelles qui se sont tenues à Angers le mois dernier avec la session annuelle de l'Association française pour l'avancement des sciences ont parfaitement réussi comme leurs devancières de Montauban et d'Ajaccio, ainsi qu'on l'a vu par le compte rendu publié dans le numéro du 30 août. Elles ont constitué un véritable Congrès dentaire national analogue à ceux qui ont eu lieu à Bordeaux en 1895, à Nancy en 1896, à Paris en 1897 et à Lyon en 1898. En effet, elles comprenaient trois sections bien distinctes : la première, réservée aux questions scientifiques (Section d'Odontologie de l'AFAS) ; la deuxième, aux démonstrations pratiques et présentations d'instruments, au Lycée d'Angers ; la troisième, aux questions de politique ou d'intérêts professionnels (Fédération dentaire nationale). Ce sont ces trois sections qui ont formé ce que l'on a appelé avec raison le *septième Congrès dentaire national d'Angers.*

Cette succession de réunions annuelles depuis 1895 montre qu'en France comme en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, le Congrès national annuel est un organisme professionnel utile et que sa vitalité est assurée. Ceux qui y ont assisté ont compris l'importance de ces réunions, ils ont senti aussi tout l'agrément de retrouver ainsi d'anciens camarades d'école dentaire, que les obligations de la vie et l'apathie naturelle de la vie de province avaient fait un peu oublier. Presque toujours aussi après le passage des congressistes, une société dentaire nouvelle s'organisait pour fournir aux dentistes de la région des occasions nouvelles de goûter à nouveau le charme des causeries professionnelles.

Tous ceux qui s'intéressent aux progrès de notre art en France devraient se montrer contents de ces résultats, qui sont évidemment très encourageants. Et pourtant, si nous jetons un coup d'œil sur ce qui se passe à l'étranger, nous restons encore incomplètement satisfaits de la lenteur de notre évolution.

En effet, au mois de janvier dernier, nos confrères américains ont tenu, à l'occasion d'un anniversaire professionnel, un Congrès national à Chicago, présidé par le professeur Johnson, dont on vient de publier l'intéressant ouvrage sur l'obturation. Cette réunion comptait deux mille cinq cents dentistes présents. Au mois de juin dernier, le Congrès annuel de la British Dental Association à Brighton comprenait environ trois cents de nos confrères anglais. L'année dernière à Munich, au Congrès du Central Verein Deutscher Zahnärzte il y avait deux cents Allemands. Cette année à Angers, pour cette septième réunion annuelle, les dentistes français avaient envoyé à peine une centaine d'adhésions — ce qui constitue en progrès pourtant sur les précédentes, — et l'on a vu que plus de la moitié des adhérents n'étaient pas présents !

On nous dira que les Français se déplacent moins facilement que les Anglais ou les Américains. Pourtant il y a dans cette comparaison des faits qui témoignent d'une trop grande apathie pour que nous ne croyons pas de notre devoir d'appeler l'attention de nos confrères français. Si nous avons pu, par une activité incessante depuis vingt-cinq ans, rattraper le terrain que nous avaient fait perdre nos prédécesseurs et marcher d'un pas égal avec nos confrères étrangers dans la voie du progrès, on ne tarderait pas, si cette coupable indifférence persistait, à perdre le bénéfice de l'avance qui a été ainsi obtenue et à se laisser distancer à nouveau par les groupes professionnels étrangers plus actifs.

Avant de partir en vacances, quelque absorbante et fatigante qu'ait été son année professionnelle, le dentiste peut bien faire encore un dernier sacrifice de quelques-uns de ses jours de repos au profit de la profession à laquelle il doit sa situation et les avantages qu'elle comporte.

Espérons que l'on s'en souviendra l'année prochaine à l'occasion du huitième Congrès national, qui doit se tenir à Grenoble, dans cette magnifique contrée du Dauphiné.

D[r] Ch. G.

## LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

### NOUVEAU JOURNAL.

On annonce la publication des *Archives latines de médecine et de biologie* sous la direction de MM. Albert Robin et Raphaël Blanchard pour la France, Cortezo et Cajal pour l'Espagne, Maragliano et Grassi pour l'Italie, avec M. Pittaluga comme rédacteur en chef. La rédaction et l'administration de ce journal, destiné à publier des mémoires originaux, des revues critiques et une bibliographie, sont à Madrid, Calle del conde de Aranda, nº 18.

Le premier numéro, contenant 64 pages, paraîtra le 15 octobre prochain.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE

### ANATOMIE. — PHYSIOLOGIE. — ANOMALIES DENTAIRES.

**Aguilhon de Sarran.** Sur les vaisseaux sanguins des racines dentaires humaines; déductions pathologiques. (Concours méd. Paris, 1902, XXIV, p. 344-345.)

**Amoëdo.** Les dents du Pithecanthropus Erectus de Java. (Ass. fr. pour l'avanc. d. Sc. 1901, Ajaccio, C.-R., in-8. Paris, 1902, p. 292-293.)

**Anderson** (Martha). Some notes concerning preparation of teeth for microscopic study. (Journ. of Amer. Med. Assoc. Chicago, 1902, XXXIX, p. 137.)

**Andrews** (R.-R.). The embryology of the dental pulp. (Journal of Amer. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXVIII, p. 1619 à 1622.)

**Andrews** (R.-R.). Resume of the histology of the dental pulp. (Journal of Amer. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 73.)

**Baldwin** (A.-E.). Resume of the histology of the dental pulp. (Discussion). (Journ. of. Amer. Med. Assoc. 1902. Chicago, XXXIX, p. 73.)

**Baudouin** (Marcel). Les anomalies dentaires dans l'histoire ; la canine géante de Geoffroy la Grand'dent. (Gaz. Méd. de Paris, 1901, p. 361-362).

**Beddard** (A.-P.) and Spriggs (E. I.), Some methods of preparing teeth for histological examination. (Brit. Journ. Dent. Sc. London, 1902, XIV, p. 1112-1119).

**Besse** (Eug.-J.-B.). Contribution à l'étude de l'influence de l'éruption dentaire sur la croissance chez les nourrissons. (Paris, Th. de Doct. J. Rouset, 1902, in-8, nº 481, 48 pages.)

**Bogue** (E. A.). Observations on some recent cases of orthodontia. (J.

of. Amer. Med. Ass. 1902. Chicago, XXXIX, p. 306-311, 18 fig.)

**Bogue** (E.-A.). Resume of the histology of the dental pulp (Discussion). (Journ. of Amer. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 73.)

**Campbell** (H.). The influence of nasal obstruction upon the development of the teeth and palate (Brit. Med. Journ. London, 1902, I, p. 1401.)

**Capdepont.** Quelques considérations anatomiques et pathologiques sur le sac folliculaire. (Rev. de Stomat. Paris, 1902, IX, p. 134-145 et 201-210.)

**Chompret.** Irrégularités dans le nombre des dents. (Paris, Steinheil, 1902, in-8, 16 p.)

**Choquet.** Notes sur l'articulation dentaire chez l'homme. (Ass. fr. pour l'av. des Sc. 1901, Cong. dent. de Montauban, C. R. in-8. Paris, 1902, 453 pages.)

**Collier** (Mayo). Nasal obstruction and difformities of the upper jaw, teeth and palate. (The Lancet. London, 1902, II, p. 1038-1039, 5 fig.)

**Fricke.** Vorlegung und Erlaüterungen von Anomalien in Bezug auf Zähne und Kiefer. (Deutsche Zahnärztl. Woch., Wiesbaden, 1902, V, p. 249-251.)

**Galippe.** Étude sur l'hérédité des anomalies des maxillaires et des dents ; hérédité similaire ; hérédité dissemblable. (Rev. de Stom. Paris, 1902, IX, p. 369-377 et 469-482.)

**Hentze.** Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Zahnpulpa. (Deutsch. Zahnärztl. Woch. Wiesb, 1902, V, p. 245-249.)

**Joseph** (Mendel). Des conditions de la sensibilité de la dent. Mode d'innervation de la pulpe dentaire. Etude historique (Ass. fr. pour l'avanc. des Sc. Ajaccio, 1901, C. R. Congr. dent., in-8° Paris, 1902, p. 1157-1161.)

**Kirmisson.** Sur un cas d'absence de la branche montante du maxillaire inférieur du côté droit avec atrophie de la face du même côté. (C. R. Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, 1902, IV, p. 153-155).

**Knight** (W). Some notes concerning preparation of teeth for microscopic study. (Journ. of. Amer. Med. Assoc. Chicago, 1903, XXXIX, p. 137-138.)

**Körbitz** (A.). Ueber Anomalien Der Kieferstellung. (Deutsche Zahnärztl. Woch. Berlin, 1903, V, p. 561-564, 10 fig.)

**Lacasse** (R.). Éruption dentaire précoce. (Rev. de Stomat. Paris, 1902, IX, p. 279-283.)

**Latham** (V.-A.). Resume of the histology of the dental pulp. (J. of Am. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 63-72 et 74, 22 fig.)

**Latham** (V.-A.). Some notes concerning preparation of teeth for microscopic study. (J. of Amer. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 137 et 138.)

**Lenox Curtis** (G.). Resume of the histology of the dental pulp. (Journ. of Amer. Med. Assoc. Chicago, 1902, XXXIX, p. 73.)

**Nicola** (R.). Sulla sutura zygomatico-maxillaris. (Giorn. d. r. Acad. de Med. di Torino, 1902, LXV, p. 321-344, 17 fig.)

**Nicolesco.** Rapport de M. Bardesco sur la déformation de l'articulation des dents à la suite d'une fracture du maxillaire inférieur. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1902, V, p. 165.)

**Noé** (J.). Vitesse de croissance des incisives chez les léporidés. (C. R. hebd. de la Soc. de Biol. de Paris, 1902, LIV, p. 531, 532.)

**Nogué** (R.). Les dents ; leurs rapports réciproques ; leurs rapports avec le squelette et les parties molles ; déductions pathologiques et thérapeutiques. (Monde dent. Paris, 1902, XVI, p. 177-183.)

**Noyes** (Fr.-B.). A comparative study of the attachment of the teeth, (Journ. of. Am. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 242-244.)

**Rhein** (M.-L.). Resume of the histology of the dental pulp. (Discussion). Journ. of Amer. Med. Association. Chicago, 1902, XXXIX, p. 73, 74.)

**Rhein** (M.-L.). Some notes concerning preparation of teeth for microscopic study (Discussion). (Journ. of Amer. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 138.)

**Robin** (P.). L'unité morphologique de la dentition temporaire des différentes races humaines. (Rev. de Stom. Paris, 1902, IX, p. 194-200.)

**Schweinburg** (B.). Ein Fall von Zahninversion mit Durchbruch des Zahns in die Nase. (Vienne, Med. R. 1902, XLIII, p. 1354-1355.)

**Siffre**. La migration physiologique des dents. (Rev. d'Odont. Paris, 1902, CXIII, p. 482-502, 20 fig., et Ass. fr. par l'avanc. des Sc. 1901, Montauban, Congr. dent. C. R. in-8. Paris, 1902, p. 452.)

**Talbot** (Eug.-S.). Resume of the histology of the dental pulp. (Journ. of Am. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 73.)

**Talbot** (Eug.-S.). Some notes concerning preparation of teeth for microscopic study. (Journ. of Am. Med. Assoc. Chicago, 1902, XXXIX p. 137.)

**Talbot** (E.-S.). Evolution of the pulp. (Journ. of Am. Med. Assoc. Chicago, 1902, XXXIX, p. 236-242, 9 fig.)

**Veve** (M.). Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques. (Paris, Th. de Doct., L. Boyer, 1902, in-8, n° 373, 73 p., 17 fig.)

**Wingrave** (W.). The influence of nasal obstruction upon the development of teeth and palate. (Brit. Med. Journ. London, 1902, II, p. 459.)

### Pathologie.

#### I. — *Maxillaires.*

**Adenot**. Hypertrophie diffuse des maxillaires. (Lyon, Méd., 1903, p. 217-218.)

**Amoëdo**. Les épulis. (Ass. fr. pour l'avanc. des Sc., 1901, Ajaccio, C. — R, in-8. Paris, 1902, p. 293.)

**André**. Actinomycose de la région angulo-maxillaire. (Rev. Méd. de l'Est. Nancy, 1902, XXXIV, p. 117-120.)

**Bedoya** (N.). Necrosis del maxillar inferior. (Cron. Med. Lima, 1902, XIX, p. 88-89.)

**Berger**. Ancien opéré de résection du maxillaire pour épithélioma (Discussion). (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1902, XXVIII, 582-583.)

**Castro** (J. G.). Juxtaposition permanente de l'os maxillaire ; microstoma. (Siglo méd. Madrid, 1902, XLIX, p. 152-153.)

**Chompret**. Nécrose partielle du maxillaire supérieur d'origine grippale. (Rev. de Stomat., 1902, IX, p. 154-163.)

**Claudot**. Récidive d'une tumeur du maxillaire inférieur (Discussion). (Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1902. VI, p. 63-64.)

**Courtin** et **Galtier**. Sarcome du maxillaire inférieur. (Journ. de Méd. de Bord., 1902, XXXII, p. 782-783.)

**Dervaux** et **Danel**. Epithélioma de la face simulant un ostéo-sarcome du maxillaire chez un homme âgé. (Journ. des Sc. Méd. de Lille, 1902, I, 135, 141.)

**Eads** (B. Brindley). Fracture of the inferior maxillary bone. (Bacillus, 1902, III, p. 445.)

**Forgue** (E.). Sarcome des deux maxillaires supérieurs chez un enfant. Résection. Guérison constatée après onze ans. (Montpellier, méd., 1902, XV, p. 1129-1136, 2 fig.)

**Forshaw** (C.-F.). Case of tumour of the superior maxilla. (Indian Med. Rec., 1902, XXII, 608-609.)

**Gindus** (M.). L'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire consécutive à un traumatisme. (Th. de Lausanne, 1902.)

**Jaboulay**. Récidive d'une tumeur du maxillaire supérieur. (Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1902, VI, 63.)

**Jacob** (L. Lortat). Néoplasie cervico-maxillaire survenue chez un trieur de graines, et présentant les caractères cliniques de l'actinomycose. (Rev. de Stom., 1902, IX, p. 231-236, 2 fig.)

**Lebedinsky**. Ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire, compliquée de tic douloureux de la lèvre inférieure. (Rev. Odont. Paris, 1902, CVI, p. 152-164 et Arch. de Stom. Paris, 1902, III, p. 49-56, 1 fig.)

**Ledoux** et **Duhain**. Sarcome ostéoïde, du maxillaire inférieur chez une malade opérée de résection de l'articulation temporo-maxillaire pour arthrite. Ablation par résection de l'os. Guérison. (Journ. des Sc. Méd. de Lille, 1902, I, 101-105, 1 fig.)

**Lefèvre** (Ch.). Myxochondrome du maxillaire inférieur droit chez un homme de 50 ans. Résection. Guérison. (J. des Sc. Méd. de Lille, 1902, xxv, 1re sem. 464-468.)

**Legueu** (F.). Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire. (Bull. Soc. Chir. de Paris, 1903, xxix, 42-43.)

**Morestin** (H.). Traitement des pertes de substances du maxillaire inférieur par la mobilisation du pont osseux. (Bull. Soc. Anat. de Paris, 1902. iv, p. 183-185, 1 fig.)

**Morestin** (H.). Cancer de la gencive propagé au maxillaire inférieur. Résection du maxillaire. De la correction des déviations du maxillaire après résection latérale partielle. (Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1902, iv, p. 180-182.)

**Moty**. Ancien opéré de résection du maxillaire pour épithélioma. (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1902, xxviii, p. 582.)

**Poncet** (Ant.). Actinomycose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur. (Rev. de Chir., 1902, xxvi, 1 à 15, 5 fig.)

**Pont** (A.). Ostéomyélite et nécrose du maxillaire inférieur chez l'enfant). (Lyon Méd., 1902 xcviii, p. 629-635.)

**Rémy** (Ch.). Observation de fracture infectée du maxillaire inférieur donnant lieu à une suppuration prolongée; endodiascopie buccale montrant l'état des lésions. (Arch. de Stom., 1902, iii, p. 81-82, 1 fig.)

**Rémy** et **Bouvet**. Un cas de tumeur rare (endothéliome osseux) du maxillaire supérieur. (Rev. de Somat., 1903, x, p. 34-41.)

**Vernet** (H.-J.). Le traitement des fractures du maxillaire inférieur par la suture osseuse. (Th. de Paris, J. Rousset, 1903, in-8, nº 137, 163 p.)

**Vincent**. Récidive d'une tumeur du maxillaire inférieur (Discussion). (Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1902, vi, p. 63.)

II. — *Fistules d'origine dentaire.*

**Anwers**. La fistule cutanée, complication dentaire. (Ann. Inst. Chir. de Brux. 1902, ix, p. 225, 228.)

**Besson**. Fistules dentaires à orifice cutané. (Dauph. Méd., 1903, xxvii, p. 24-28.)

**Caumartin**. Quelques considérations sur les fistules d'origine dentaire. (Echo Méd. du Nord, 1902, vi, p. 613-615 et Bull. Soc. Centr. de Méd. du Dép. du Nord, 1902, p. 320-326.)

**Danel**. Tuberculose des ganglions du cou et fistule dentaire. Ablation de la tumeur ganglionnaire. Extraction d'un séquestre du maxillaire. Guérison. (J. des Sc. Méd. de Lille, 1902, i, p. 311-316.)

**Demoulin**. Sur les fistules du menton d'origine dentaire. (Bull. off. des Soc. Méd. d'Arr. etc. Paris, 1902, v, p. 171-172.)

**Ducournau** (F.). Fistule sous-mentonnière d'origine dentaire par modification pulpaire traumatique. (Ass. fr. p. l'Avanc. des Sc., 1901, Ajaccio, C.-R. in-8, Paris, 1902, p. 1227-1228.)

**Jean**. Fistule du maxillaire inférieur. Odontite avec périostite alvéolaire et ostéo-périostite. (Rev. de Méd. Vét. 1902, ix, p. 734-737.)

**Labat** (A.). Fistule d'origine dentaire développée à la région sous-orbitaire sur les carnivores. (Rev. Vét. Toulouse, 1902, xxvii, p. 633-641.)

**Muret** (E.). Traitement des fistules dentaires et des fistules mentonnières en particulier. (Th. de Paris, 1903, Maloine, in-8, nº 281, 68 p.)

**Oliver** (J.-C.). Cysts in connection with the teeth. (Ann. Surg. Philad. 1903, xxxvii, 65-78, 10 pl. 11 fig.)

III. — *Kystes dentaires et paradentaires.*

**Bloch** (A.). Quelques observations de kystes paradentaires; de leur traitement. (Rev. de Stomat., 1902, ix, p. 185-194, 3 fig.)

**Bourlon** (P.). Kyste suppuré parasinusal d'origine dentaire. Ablation d'un séquestre. Guérison. (Ann. des mal. de l'oreille, 1902, xxviii, p. 364-366.)

**Dreyfus** (H.). Etude des kystes d'origine dentaire. (Th. de Paris, 1903, nº 24, A. Maloine, in-8, 86 p.)

**Jacques** (P.). Traitement opératoire des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. (Ass. fr. de Chir. Paris, 1902, in-8, p. 422-426 et Bull. de Lar.

Otol. et Rhin. Paris, 1902, v, 102-108.)

**Jacques.** Du choix de l'intervention dans les kystes paradentaires de la région maxillaire supérieure. (Rev. Méd. de l'Est, 1902, xxxiv, p. 224-225.)

**Lindt.** Quelques cas de kystes des mâchoires (Trad. Cart). (Arch. de Stom., 1902, III, p. 132-140.)

**Raoult.** Du choix de l'intervention dans les kystes paradentaires de la région maxillaire supérieure. (Rev. Méd. de l'Est, 1902, xxxiv, p. 222-224.)

**Verdun.** Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur d'origine paradentaire. (Bull. Soc. Centr. de Méd. du Dép. du Nord, 1902, p. 289-292.)

IV. — *Troubles cutanés d'origine dentaire* (Erythèmes, pelade).

**Audry** (Ch.). Sur un érythème fluxionnaire et persistant du pourtour de la bouche. (J. des Mal. Cut. et Syph. 1903, xv, p. 96-98.)

**Chatin** (A.). Etiologie de la pelade, la théorie dentaire et les sommations peladogènes de Jacquet. Traitement, prophylaxie. (Dauph. Méd., 1903, XXVII, p. 45-55.)

**Jacquet** (L.). La pelade d'origine dentaire. (Rev. de Stom., 1902, IX, p. 225-230.)

**Jacquet** (L.). Syndrome néo-dentaire avec pelade. (Rev. de Stom. 1902, IX, p. 526-539 et Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., 1902, XIX, p. 771-775.)

**Masson** (D.). Pelade et lésions dentaires. (Rev. Méd. Montréal, 1902, VI, p. 229-230.)

**Péchin** (C.). Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade. (Th. de Paris, 1902, Naud, in-8, n° 19, 97 p.)

**Rodier** (H.). A propos de pelade dentaire. (Rev. de Stomat., 1903, x, 42-46 et Journ. des Mal. Cut. et Syph. 1902, XIV, p. 925-929.)

**Siffre.** La pelade et les lésions dentaires. (Ass. fr. pour l'Avanc. d. Sc. 1901, Montauban, C.-N. in-8, Paris, 1902, p. 460.)

**Siffre, Jacquet, Barthélémy, Frey.** La pelade d'origine dentaire. (Rev. de Stomat., 1902, IX, p. 352-359.)

**Trémolières** (F.). Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade. (Presse Méd., 1903, I, p. 10-11.)

V. — *Hygiène* (Dents et cavité buccale).

**Baldwin** (K. W.). The teeth as a cause of pathologic conditions in the throat, nose and ear. (Journ. of Amer. Méd. Ass. 1903, XL, p. 301-302.)

**Cipriani** (F.). La bocca dell' uomo nella profilassi della tisi. (Corr. san., Milan, 1902, XIII, p. 468-471 et 534-537.)

**Dawidow** (E.). Des soins de la bouche chez les enfants. (Zdrawie, Widin, 1902, I, p. 109-113.)

**Dunogier** (E.). De l'utilité de faire soigner sa bouche. Importance des soins qu'elle nécessite. (Bull. Méd. Clin. St Vinc. de P., Bord., 1902, II, p. 104-110.)

**Doukat** (A.-O.). L'hygiène dentaire. Zdrawie, Widin, 1902, I, p. 569-575.)

**Eames** (G.-F.). Oral Hygiene (discussion), par MM. Latham, Talbot, Rhein, Brown, Baldwin, Eames, etc. (In The Journ. of Amer. Méd. Ass. Chicago 1902, XXXIX, p. 482-485, 4 fig.)

**Frey** (L.) et **Lemerle** (G.). Les leptothrix de la bouche. Leur rôle dans l'étiologie de la carie dentaire. Leptothrix racemosa. Conclusions. (Ass. fr. p. l'Avanc. d. Sc., 1901. Montauban, C.-6. in-8, Paris, 1902, p. 461.)

**Guadagnini** (A.). La disinfezione nella chirurgia orale. (Rassegna Méd. Bologna, 1902, x, n° 9, p. 2 et 3.)

**Lebedinsky.** Du polymorphisme de la cavité buccale. (Zoubovratch : Viestn., 1902, XVIII, p. 741-764.)

**Lebedinsky** (I.-M.). Le milieu de la cavité buccale et son équilibre biologique. (Zoubovratch. Viestn. 1902, XVIII, p. 667-690, 3 fig.)

**Pokrowska** (M.-J.). L'hygiène de la bouche. (Zdrawie, Widin, 1902, I, p. 228-232.)

**Sarria.** La higiene militar bucal obligatoria. (Odontologia de Madrid, 1902, XI, p. 241-246.)

**Starobinsky** (Mich.). Les causes de la fétidité buccale et son traitement. (Zubrovr. Viestn., 1902, XVIII, p. 771-783.)

**Yankowski** (W.-B.). Contribution à la lutte avec les microorganismes de la cavité buccale. (Th. de Moscou, 1902.)

Sepsis oral, antisepsis y profilaxis. (Corr. odont. int. Madrid, 1902, VII, p. 44-49.)

VI. — *Enseignement. Intérêts professionnels.*

**Aguilar** (D. Fl.). La enseñanza de la odontologia en los Estados Unidos. (Odontologia, Madrid, 1903, XII, p. 49-67, 8 fig.)

**Alvary y Alenar** (D. J.). Solidaridad cientifica medico odontologica y sus fundamentos. (Odontologia, Madrid, 1903, XII, p. 73-83.)

**Baldwin** (A.-R.). The legal status of the term reputable as applied to dental colleges. (Journ. of. the Am. Med. Ass. Chicago, 1902, XXXIX, p. 6 à 11.)

**Barrett** (W.-C.) Educational systems. (Brit. Journ. of Dent. Scienc., London 1903, p. 8 à 16.)

**Blanc** (L.). Compte rendu de la première école dentaire de Kiew tenue par le Dr Blanc pour l'année 1901.(Zoubovratch. Vestn., 1902, XVIII, p. 402-405.)

**Bloch** (A.). L'art dentaire et la médecine des campagnes. (Ann. de la Policl. de Paris, 1902, XIII, p. 145-155.)

**Brandenburgensis.** Zur Militär Zahnärzte Frage. (Deutsch. Zahnärzltich. Woch. Berl. 1903, V, p. 549-556.)

**Brodhurst** (W.). L'odontologie. (Centre Méd. et Pharm. Commentry, 1903, VIII, p. 186-187.)

**Brown** (G.-V.-T.). The legal status of the term reputable applied to dental colleges. (Journ. of Am. Med. Ass. Chicago, XXXIX, p. 611-612). Discussion: Chittenden, Eames, Peck (A.-H.), Rhein (M.-L.), Talbot (J.-S.).

**Chroutschow.** Un cas de pratique dentaire. (Zoubovr. Wiestn., 1902, XVIII, p. 465-466.)

**Contenau** (G.). Les hôpitaux, écoles et dispensaires dentaires de Paris. (Rev. de Stom. 1902, IX, p. 381-386.)

**Dejace** (L.). L'art dentaire pratiqué par les médecins. (Scalpel, Liège, 1902, IV, p. 21-22.)

**Farlane** (Mc.). The dentist. (Brit. Journ. of. Dent. Sc. London, 1902, XIV, p. 635-641.)

**Glarotche** (J.-S.). Du rapport de l'odontologie avec la syphiligraphie. (Zoubovr. Wiestn., 1903, XIX, p. 1 à 10.)

**Hayes-Norman** (H.). Dental legislation in the state of south Australia. (Brit. Journ. Dent. Sc. Lond., 1903, p. 61-63.)

**Iochwed** (G.). Dentiste militaire ou conscrit. (Zoubovr. Wiestn, 1903, XIX, p. 49-53.)

**Johnson** (C.-N.). Internationalism in dentistry. (Brit. Journ. Dent. Sc. London, 1902, XIV, p. 1066 à 1073.)

**Kalisch.** Zur Zahnärztlichen Behandlung des Militärs. (Deutsch. Zahnärztl. Woch., 1903, V, p. 538-539).

**Knight** (W.). The modern dentist from a medical standpoint. (Journ. of Am. Med. Ass., 1902, XXXIX, p. 369-371.)

**Kümmel** (H.). Zur Reform des zahnärztlichen Studiums. (Deutsch. Zahnärztl. Woch. 1902, V, p. 165-172.)

**Kümmel** (H.). Militärzahnärzte. (Journ. fur Zahn., Berl., 1902, XVII, p. 159-160.)

**Palem** (M.-A.). Compte rendu du service dentaire dans les prisons de la ville de Kharkoff. (Zoubovr. Wiestn., 1902, XVIII, p. 491-492.)

**Pfaff.** Zahnheilkunde und Medizin. (Deutsch. Zahnärztl. Woch., 1902, V, p. 181-186.)

**Preston** (C.-H.). Method of study. (Brit. Journ. of Dent. Sc. 1903, p. 97-106.)

**Seigle.** La méthode à suivre dans l'enseignement de la prothèse. (Ass. fr. pour l'avanc. des Sc. 1901, Ajaccio, C.-R., in-8. Paris, 1902, p. 1185-1188.)

**Semans** (H.-M.). A practical man from necessity (Extr.) (Brit. Journ. of Dent. Sc. London, 1902, XIV, p. 461-463.)

**Smith** (J.-A.). Relation between the dentist and the surgeon. (Buffalo Med. Journ. 1902, p. 826-832.)

**Struck.** Die Volksklinik fur Zahn- und Mundkranke. (Deutsche Zahnärztl. Woch. Wiesb. 1902, V, p. 237-239 et 255-256.)

**Tomes** (C.-S.). Dental legislation. (Brit. Journ. of. Dent. Sc. 1902, XIV, p. 1105-1112.)

H. Ch. Fournier.



# NÉCROLOGIE

## Dr ISZLAI

On annonce de Budapest la mort du Professeur Iszlai, à l'âge de 62 ans.

Nos confrères se rappellent sans doute l'avoir vu au Congrès de Paris en 1889.

Il était réputé pour ses connaissances étendues.

Nous regrettons sa disparition.



# NOUVELLES

## Mariage.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de M. Louis Cazenave, D. E. D. P., chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris à Mont-de-Marsan, avec Mlle Louisa-Fernande Jasinski.

Nos félicitations aux jeunes époux.

---

## Réunions professionnelles.

La Société dentaire de l'Ontario (Canada) se réunira en février 1904 et l'Association dentaire canadienne se réunira à Toronto la dernière semaine d'août 1904.

---

## Les dentistes anglais.

Le *Dentist's Register* de 1903, qui vient d'être publié par le conseil général de médecine, contient les noms de 4.617 praticiens, dont 2.148 pourvus d'un diplôme médical ou dentaire ou des deux, 1.956 possédant le diplôme de L. D. S. et 192 ayant un autre titre médical ou chirurgical. On compte 2.466 dentistes qui exerçaient avant le *Dentist's act.* soit 360 de plus que des dentistes diplômés.

---

## Congrès des médecins-dentistes italiens.

Le Congrès de la Fédération des médecins-dentistes italiens s'est tenu les 6, 7 et 8 septembre à Gênes.

Le Congrès a entendu un certain nombre de rapports et de communications et s'est occupé entre autres des questions professionnelles suivantes : service dentaire dans les écoles publiques, dans l'armée, la marine et la Croix Rouge, participation au Congrès de Milan, etc.

Parmi les auteurs de communications nous rencontrons les noms bien connus des Drs Avanzi, Platschick, Mela, etc.

---

### Clinique dentaire a Innspruck.

On annonce la création prochaine d'une clinique dentaire à l'Université d'Innspruck.

---

### Statistique intéressante.

De 1840 à 1902 les cinquante-deux écoles dentaires américainse ont diplômé 24.954 élèves, dont 16.390 exercent actuellement et 8.564 ont embrassé d'autres carrières. On compte en outre 10.909 praticiens sans titre et 309 avec un titre d'écoles non reconnues, au total 27.608 dentistes en exercice en 1902, soit un dentiste par 2.736 habitants. (Les Etats-Unis comptent un médecin par 630 habitants.)

*(La Odontologia.)*

---

### Dentistes pour les militaires.

Le ministère de la guerre d'Angleterre a chargé 8 dentistes de soigner les dents des soldats de l'armée active en garnison dans ce pays. Comme celle-ci compte 130.000 hommes, chaque dentiste devra soigner 16.250 soldats.

---

### Nominations.

M. Hans Albrecht, directeur de l'Institut dentaire de l'Université de Marbourg, est nommé professeur de dentisterie à l'Institut dentaire de l'Université de Berlin.

---

### Visite a l'Ecole dentaire de Paris.

Le D[r] Endelman, délégué par l'Université de Pensylvanie et l'Association des Facultés dentaires des Etats-Unis, est venu visiter les Ecoles dentaires parisiennes pour étudier leur fonctionnement.

---

### Distinction honorifique.

M. Otto Klingelhöfer, chirurgien-dentiste de l'hôpital Maximilien de Saint-Pétersbourg, membre du conseil exécutif de la F. D. I., a reçu l'ordre de Sainte-Anne de 2[e] classe.

Nos félicitations à notre distingué confrère.

---

## Congrès sanitaire a Milan.

Un Congrès sanitaire aura lieu à Milan en 1905, à l'occasion de l'exposition. Il comprendra les sections suivantes : Assistance sanitaire, hygiène publique, clinico-scientifique et thérapeutique, jurisprudence médicale, accidents du travail, intérêts professionnels.

---

## Préparation au certificat d'études.

La pension Franchot, de Choisy-le-roi, vient de présenter à la Sorbonne deux candidats qui ont brillamment obtenu le certificat d'études exigé pour les étudiants en dentisterie.

---

## Errata.

M. Chapot-Prévost, auteur de l'article « Contribution à l'étude de la classification de la carie dentaire » publié dans les n$^{os}$ des 30 avril, 15 et 30 mai et 15 juin, vient de nous adresser les corrections et rectifications suivantes :

P. 367, ligne 27, lire *dite* CARIE *du* 4$^{e}$ *degré.*
P. 371, ligne 11, lire *de la cuticule* DE L'ÉMAIL.
P. 371, ligne 29, lire *celui de détruire.*
P. 375, ligne 24, lire CHAMBRE *pulpaire.*
P. 376, ligne 16, lire CHAMBRE *pulpaire.*
P. 377, ligne 14, lire CHAMBRE *pulpaire.*
P. 377, ligne 32, lire *Jordao.*
P. 378, ligne 29, lire *spécifique pour que* etc.
P. 448, ligne 13, lire LA MÊME *entité.*
P. 448, ligne 32, lire *comme* CELLE-CI.
P. 448, ligne 33, lire L'*affection, elle* DEVIENT *une complication.*
P. 449, ligne 2, lire *en* RÉSÉQUANT *les parois.*
P. 450, ligne 3, lire CANAL.
P. 450, ligne 14, lire RÉSÉQUER les *parois.*
P. 450, ligne 27, lire LE traitement.
P. 459. ligne 31, lire BENICIO.
P. 482, ligne 5, lire CHAMBRE.
P. 485, ligne 26, joindre le parag. à la citation qui précède.
P. 490, ligne 34, lire ODONTOGÉNIE.
P. 492, ligne 22, lire CUTICULE.
P. 559, ligne 4, lire *Ecole* LIBRE.
P. 560, ligne 1, lire *se trouve sur.*
P. 564, ligne 2, terminer la citation après *dentaire.*
P. 572, ligne 11, lire COMPLICATION.



# TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?*

A. A.

? N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS?

Dr H.

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

? N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

? N° 211. — *A la suite de l'extraction d'une grosse molaire de la mâchoire inférieure, la plaie occasionnée par l'ablation de la dent peut-elle causer un phlegmon diffus? Connaît-on des cas de morts après ces opérations dentaires?*

E. B. de Castelnaudary.

? N° 212. — *Un de mes malades porte sur sa 1re g. m. s. dr. une couronne en or. De plus, il porte un appareil en or qui s'étend de la 1re p. m. s. dr., donc aucun lien ave la couronne, à la 2e p. m. s. g. Je fais un amalgame à la 2e p. m. s. g. et jusque là rien d'anormal. Je fais ensuite un autre amalgame à la 1re p. m. s. g. et mon patient, que je reçois 4 jours après, m'aborde en me disant: « Vous m'avez mis une pile électrique dans la bouche. Chaque fois que je porte ma langue sur ma petite molaire, je sens instantanément une douleur à la dent recouverte d'une couronne. » Ce phénomène dura le jour où je fis l'obturation et le lendemain, puis tout rentra dans l'ordre. J'insiste sur ce que l'appareil ne mettait pas en contact la couronne et la petite molaire, puisqu'il y avait une solution de continuité. Je serais reconnaissant à celui qui pourrait m'expliquer cet incident.*

M. R.

? N° 216. — *Un pharmacien de 2e classe voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté est-il obligé de passer les 3 examens?*

A. R.

? N° 217. — *Un étudiant en pharmacie peut-il suivre les cours de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole dentaire en même temps, pour obtenir les 2 diplômes la même année?* A. R.

**?** No 218. — *Quels sont les moyens de faire cesser l'exercice de l'art dentaire par un individu qui exerce depuis plusieurs années sans diplôme ni patente ?*

*J'estime que l'amende est insuffisante pour atteindre ce but.*

P. D.

**?** No 219. — *Existe-t-il un produit pouvant redonner sa nuance naturelle à une incisive qui a pris une teinte grise à la suite de traitement du canal infecté ?*

*Si oui, quel est-il et comment l'employer ?*

L. G.

**?** No 220. — *Le droit de changer de département ou d'exercer dans plusieurs est-il le même pour un dentiste patenté que pour un dentiste diplômé ?*

*Avec quelque apparence de subtilité on peut répondre que le fait de changer de département impose l'obligation de faire enregistrer son diplôme dans celui où par exemple on fonde un nouveau cabinet ; que le patenté ne peut le faire enregistrer puisqu'il ne le possède pas. Il semble pourtant que, sauf en ce qui concerne l'anesthésie, les droits du patenté sont les mêmes que ceux du diplômé. S'il en était autrement, la loi de 1892 aurait un effet rétroactif préjudiciable aux dentistes patentés qui ne pourraient ni se déplacer, ni acheter de cabinets dans d'autres départements que ceux où ils sont établis. La question est assez intéressante au point de vue de celui qui se déplace et de celui ou ceux qui voient venir le déplacé, de même que pour l'achat de cabinets.*

L. G.

**?** No 221. — 1o *Quels sont actuellement en France les services dentaires scolaires fonctionnant régulièrement ?*

2o *Existe-t-il en France et à l'étranger des sociétés de secours mutuels donnant gratuitement à leurs membres des soins dentaires en dehors de l'extraction ?*

P. S.

---

## COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

23e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1903 VOL. XXX






## Travaux Originaux

# RAPPORT

## SUR L'ORGANISATION DES TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE

### A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

Dès 1883, alors qu'elle sortait à peine du berceau, l'École dentaire de Paris, sentant la nécessité des études pratiques d'anatomie, obligeait ses élèves à disséquer le lapin, la tête et les principaux viscères du mouton[1].

Cette initiative fut sanctionnée par un décret du 31 décembre 1894 (voir annexe A), qui astreignit les Écoles dentaires à disposer d'une *salle de dissection*.

Le législateur ayant gardé le silence sur l'animal à disséquer, nous eussions pu conserver le régime anatomique institué depuis plus de dix ans, et dont les résultats n'avaient pas été à dédaigner.

Mais, peu de temps après la promulgation de ce décret, sur la demande, purement spontanée, de notre École, un traité, passé avec l'Assistance publique de Paris, donnait à nos élèves des 2e et 3e an-

1. Depuis quelques années, plusieurs séances des travaux pratiques du PCN, que M. Henri FISCHER dirige avec autant de dévoûment que de succès, sont consacrées à la dissection du cœur et de la tête du mouton.

nées l'autorisation de disséquer à l'amphithéâtre des hôpitaux. C'est ainsi que, le 1er décembre 1895, la dissection de l'homme remplaça celle du lapin et du mouton.

*
* *

En 1901-1902, l'année même qui suivit sa majorité, notre École, qui, comme toute corporation vraiment vivante, c'est-à-dire libre et autonome, est à la recherche continue du progrès, décida que les élèves disséqueraient pendant les deux premières années, et que durant la troisième année ils prendraient part à des travaux pratiques d'histologie.

C'est alors que je fus chargé de faire, sur les systèmes squelettique et musculaire, un cours en trente leçons, ayant pour but de préparer les élèves de la 1re année à la dissection[1].

Mais, étant donné l'insuffisance du nombre des cadavres qui arrivent aux pavillons de dissection, étant donné surtout que le nombre, déjà considérable, des élèves (plus de 60 par série), que dirige un répétiteur unique, eût été augmenté dans des proportions réellement nuisibles aux études, l'amphithéâtre des hôpitaux ne put pas recevoir nos élèves de la 1re année. L'École se vit donc obligée de revenir, en partie du moins, à son premier régime anatomique.

*
* *

Afin de permettre aux élèves d'acquérir rapidement des notions générales sur tous, les systèmes anatomiques (gastro-pulmonaire, uro-génital, nerveux, etc.), la dissection totale du chien fut préférée aux dissections totale du lapin et partielle du mouton.

Le choix du chien s'imposait en raison de sa taille et de la modicité de son prix d'achat. Quant à sa dissection, dans un local particulier, elle ne saurait être gênée par l'ordonnance concernant les amphithéâtres d'anatomie, ordonnance qui vise seulement la dissection de l'homme (Voir annexe B).

On ne saurait trop insister sur ce fait que, les ressemblances anatomiques qui rapprochent le chien de l'homme étant bien supérieures aux différences qui l'en éloignent, les élèves pourront passer facilement de l'étude du premier à celle du second.

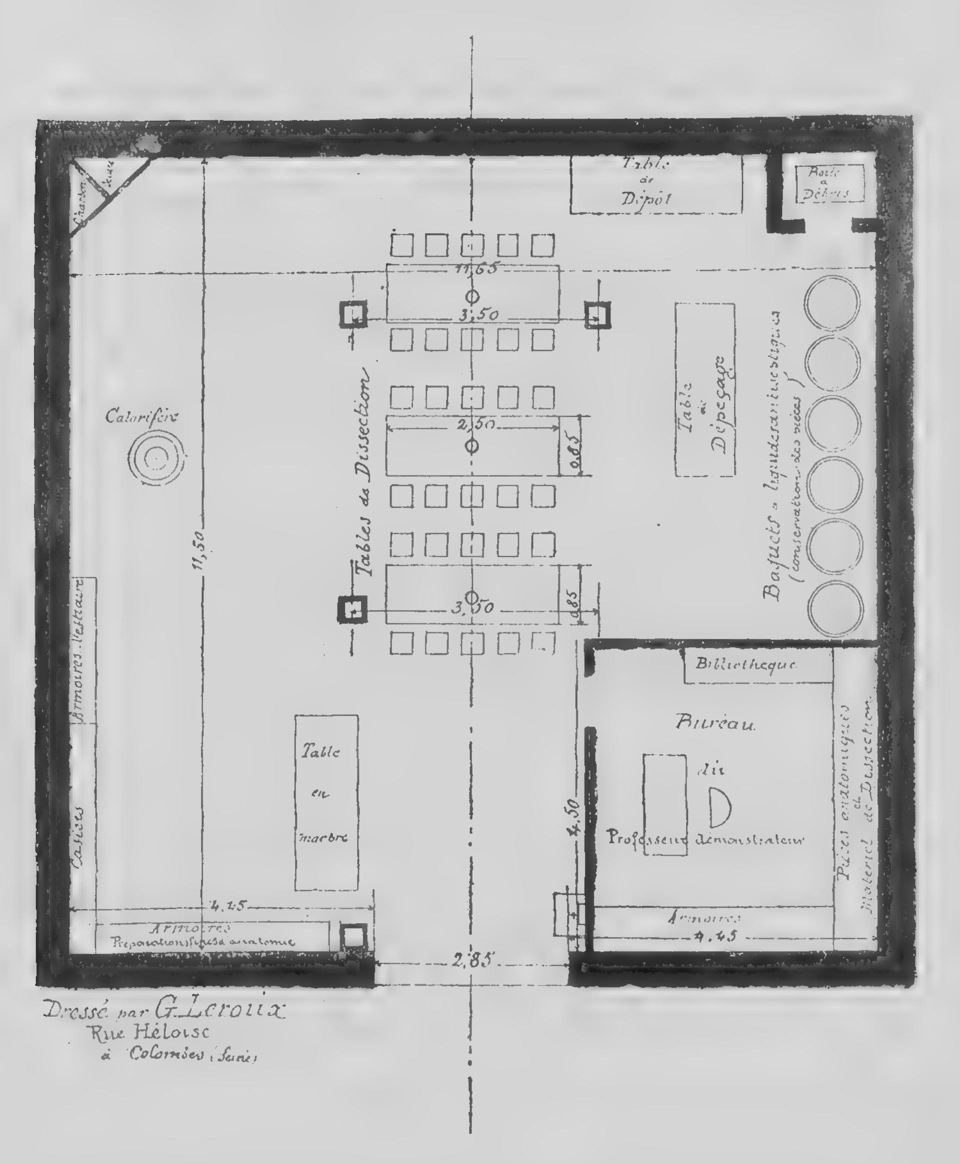
Est-il nécessaire d'ajouter que la dissection de chiens tués en pleine santé est au moins aussi peu dangereuse que celle des cadavres que les hôpitaux et hospices fournissent aux amphithéâtres de Clamart et de la Faculté ?

---

1. Pour que ce cours donnât les meilleurs résultats, il faudrait qu'il pût être terminé avant la première séance de dissection.

*
* *

La dissection du chien avait été décidée le 24 mars 1903. Huit




jours plus tard (1er avril), la première séance de dissection avait lieu dans une salle de l'École, empruntée au service de la prothèse.

Cette installation hâtive, et forcément défectueuse, ne dura qu'une semaine. Le 20 avril suivant, au lendemain des vacances de Pâques, grâce à la diligence de l'Administration, le service des travaux anatomiques se trouvait transféré au nº 15 de la rue Bréda, dans un local,

sans doute peu luxueux, mais vaste, aussi bien éclairé qu'aéré, et dans lequel les élèves ont travaillé à leur aise jusqu'au 9 juillet.

Les exercices pratiques ont été suivis par cinquante-six élèves, divisés en deux séries, ayant droit chacune à trente-six séances de trois heures (en tout 108 heures de travail pour chaque élève).

Le nombre total des présences a été de 1440, ce qui donne une moyenne de vingt présences pour chacune des soixante-douze séances[1].

*
* *

Le nombre des chiens disséqués a été de quarante-cinq.

Les trente-six premiers avaient été injectés à la glycérine phéniquée. Pour les neuf derniers, la substitution du formol au phénol nous donna de meilleurs résultats.

L'injection, que l'on pratique par l'aorte abdominale, est dirigée successivement vers la tête et vers la queue, de façon qu'elle pénètre également dans l'un et l'autre train.

La plupart des sujets ne sont livrés à la dissection qu'après avoir été préalablement dépécés et *éviscérés*.

Pour permettre au liquide conservateur d'imprégner à fond tous les tissus, le dépècement et l'*éviscération* n'ont lieu qu'une semaine après l'injection. Grâce à cette précaution, absolument élémentaire, mais parfois négligée des médecins embaumeurs, les corps de nos chiens sont tenus à l'abri de la décomposition cadavérique.

Des cuves munies d'un double fond, dont l'un grillagé, nous ont été de la plus grande utilité pour la conservation des pièces en cours de dissection. Le fond grillagé sert de support aux préparations, tandis que le second reçoit de l'alcool dénaturé. Les vapeurs d'alcool, qui se dégagent d'une façon continue, conservent aux organes leur forme, leur volume, leur couleur et une souplesse suffisante.

Des essais, entrepris le 10 juillet, nous font espérer que nous pourrons dorénavant livrer aux élèves des sujets entièrement épilés. Nous éviterons ainsi le seul désagrément que présente la dissection du chien.

*
* *

Au début de chaque séance a eu lieu une démonstration, aussi courte que substantielle, sur des pièces, que les élèves ont ensuite étudiées avec soin, avant de se mettre à la dissection (voir annexe C).

---

1. L'expérience que nous avons acquise au cours de ces soixante-douze séances nous a prouvé qu'un démonstrateur d'anatomie n'est réellement utile à chacun des élèves qu'il dirige que si le nombre de ceux-ci n'est pas supérieur à vingt.

La plupart de ces démonstrations ont été faites sur le chien ou sur l'homme. Mais, pour quelques-unes, nous avons dû faire appel à d'autres animaux. C'est ainsi que nous avons eu recours :

Au bœuf pour le globe oculaire;

Au fœtus du bœuf pour le trou de Botal et le canal artériel;

Au fœtus du mouton pour le thymus et le cercle tympanal;

A un poisson, le colin, pour le cartilage de Meckel, qui, transitoire chez l'homme, est permanent chez les poissons osseux, etc.

Cette incursion dans les domaines de l'anatomie comparée et de l'embryologie ne visait point une vaine satisfaction de dilettantisme anatomique, mais elle avait pour but, essentiel et unique, de mieux faire comprendre, apprendre et retenir, par nos élèves, l'anatomie de l'homme adulte. Après avoir introduit, par exemple, ainsi que chacun d'eux l'a fait, une sonde cannelée, ou bien le petit doigt, dans le trou de Botal et le canal artériel, oublieront-ils jamais la signification et la situation de la fosse ovale et du ligament aortico-pulmonaire ?

*
* *

Lorsque le Conseil de l'École me demanda d'organiser les travaux anatomiques, j'acceptai avec joie la tâche délicate qui m'était offerte. Pour la première fois, depuis trente ans (octobre 1873), que j'enseignais l'anatomie, je trouvais enfin l'occasion d'enseigner les éléments de la science qui m'est chère, comme j'eusse voulu qu'ils me fussent enseignés à moi-même au début de mes études.

*Lisez peu, voyez beaucoup*, disaient VAUQUELIN et FOURCROY aux trois cents élèves qui, par ordre de la Convention, furent appelés à Paris, pour y suivre les cours de l'École de santé, devenue plus tard la Faculté de médecine. C'est qu'en effet, pour être vraiment utile à des débutants, l'enseignement d'une science, quelle qu'elle soit, doit se borner à l'exposition des phénomènes fondamentaux, à leur coordination rationnelle, et surtout à leur démonstration méthodique.

*L'anatomie,* en particulier, *ne se raconte pas*, *elle se démontre*, et la vue d'une pièce anatomique est mille fois plus instructive que celle du dessin le plus exact[1]. Voilà pourquoi chacune de nos séances a été précédée d'une démonstration. C'est ainsi que nous avons mis en pratique ce principe, qui fut toujours le nôtre: que *l'enseignement est d'autant plus utile qu'il diminue davantage l'effort stérile de l'élève.*

---

1. Qu'on n'aille pas croire que nous condamnions les illustrations qui ornent la plupart de nos traités d'anatomie. Nous sommes convaincu, au contraire, que l'utilité de ces ouvrages est en raison directe du nombre et de l'exactitude des dessins qu'ils renferment. Mais, pour que l'étude de ces figures soit réellement fructueuse, il faut qu'elles rappellent à l'esprit l'image de choses déjà vues.

*
* *

Le but de notre enseignement n'est certes point d'augmenter le nombre des *anatomistes de carrière*, mais de préparer nos futurs dentistes à l'intelligence des phénomènes anatomiques, et surtout à celle des rapports généraux qui les relient les uns aux autres, car *il n'est de science que du général.*

Ce n'est pourtant pas sans une légitime fierté que nous avons vu l'un des élèves les plus assidus à la dissection, M. Gatin, découvrir, sur le chien, un organe constant, le muscle *mandibulo-auriculaire*[1], qui n'est encore décrit, ni figuré dans aucun livre classique.

Un autre de nos élèves, M. Pailliottin, vient de commencer, d'après nos conseils, sur la morphologie de l'atlas et de l'axis, un travail qui nous fait espérer les conclusions les plus intéressantes.

*
* *

Pendant les sept dernières semaines (du 22 mai au 9 juillet), nous eûmes l'honneur de recevoir, dans notre modeste salle de dissection, les visites d'une dizaine de savants, parmi lesquels trois éminents professeurs de la Faculté de médecine, MM. Mathias-Duval, Richet et Poirier.

A tous ces Maîtres (voir annexe D) de la science et de l'enseignement, nous adressons nos remercîments les plus cordiaux et les plus sincères, pour leurs témoignages d'estime et de sympathie, ainsi que pour les encouragements qu'ils ont bien voulu donner à notre œuvre naissante.

Un homme qui a consacré sa vie entière au progrès et à l'enseignement de l'anatomie, un Maître dont nous avons suivi, pendant de nombreuses années, les leçons aussi brillantes qu'instructives, notre excellent ami M. Mathias-Duval, nous a offert généreusement, pour l'instruction de nos élèves, une trentaine de pièces anatomiques préparées par lui-même, alors qu'il était prosecteur d'anatomie à Strasbourg. Nous sommes heureux de lui témoigner publiquement de notre gratitude, pour ce nouvel et signalé service, ajouté à tant d'autres.

*
* *

Comme on ne sort point des sentiers battus sans rencontrer des obstacles, nos débuts furent assez pénibles, et même quelque peu accidentés.

---

1. Ce muscle relie le pavillon de l'oreille au bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

Mais, grâce à l'énergie de MM. Godon, Martinier, Papot, Roy, Blatter, et d'une grande partie du corps enseignant, grâce au bon sens des délégués de la 1re année, MM. Pailliottin et Monin, grâce à la bonne volonté des cinquante-six élèves qui s'étaient librement inscrits, toutes les difficultés furent bientôt vaincues, et l'enseignement pratique de l'anatomie à l'École dentaire de Paris se trouva rapidement établi sur des bases solides.

*
* *

Que nos élèves complètent, par la dissection de l'homme à l'amphithéâtre des hôpitaux, sous la haute direction scientifique de M. le professeur Quénu, les connaissances qu'ils ont acquises par la dissection du chien au laboratoire de la rue Bréda ; qu'ils suivent avec assiduité les travaux pratiques d'histologie, dont le programme si rationnel a été rédigé par M. le professeur Launois ; et, dans deux ans, ils pourront aborder sans crainte l'examen encore si redouté de tant de candidats.

Les brillantes épreuves anatomiques, qu'ils viennent de subir à l'École ne sont-elles pas le meilleur garant de leurs succès futurs devant la Faculté de médecine ?

Alexis Julien,
Professeur et démonstrateur d'anatomie
à l'École dentaire de Paris.

## ANNEXE A

### Décret I du 31 décembre 1894.

Article 1er. — Peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, les établissements d'enseignement supérieur dentaire qui justifient : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

3° Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de chirurgie, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie, d'une *salle de dissection anatomique,* le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves.

## ANNEXE B

### Ordonnance du 25 novembre 1834 concernant les amphithéâtres d'anatomie et de chirurgie.

1. Il est défendu d'ouvrir dans Paris aucun amphithéâtre particulier, soit pour professer l'anatomie ou la médecine opératoire, soit pour faire disséquer ou manœuvrer sur le cadavre les opérations chirurgicales. . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

3. Les dissections et exercices sur l'anatomie et la chirurgie ne pourront être

faits que dans les pavillons de la Faculté de médecine et dans l'amphithéâtre des hôpitaux établi sur l'emplacement de l'ancien cimetière de Clamart.

4. Il ne pourra être pris aucun cadavre dans les cimetières. . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

8. Les débris de cadavres seront portés au cimetière du Mont-Parnasse pour y être enterrés dans la partie affectée aux hospices. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*Le conseiller d'État, préfet de police*, GISQUET.

## ANNEXE C

### Programme des démonstrations faites au début des trente-six séances de dissection.

1. Œil : membranes et milieux. Nerf optique.
2. Oreille : labyrinthe et osselets. Nerf auditif.
3. Glandes salivaires. Carrefour pharyngien.
4. Trachée, bronches, poumons.
5. Œsophage et estomac, pneumo-gastrique.
6. Duodénum, foie et pancréas. Veine porte. Canal d'Aranzi.
7. Système uro-génital.

*
* *

8. Cœur : vaisseaux et valvules. Trou de Botal et canal artériel. Azygos et canal thoracique.
9. Moelle épinière : queue de cheval. Plexus rachidiens, sympathique du tronc.
10. Nerfs craniens. Ganglions craniens (sensitifs, sympathiques).
11. Émergence des nerfs craniens. Circonvolutions cérébrales : localisations.
12. Canal de la moelle. Ventricules de l'encéphale.
13. Hypophyse et amygdale. Thyroïde et thymus. Rate et capsule surrénale.
14. Péritoine. Plèvre et péricarde. Méninges. Liquide céphalo-rachidien. Sinus craniens.

*
* *

15. Trapèze et sterno-cléido-mastoïdien. Spinal.
16. Muscles de l'œil et glande lacrymale. Nerfs moteurs de l'œil.
17. Muscles masticateurs. Nerf masticateur. Corde du tympan.
18. Stylo-glosse, hyo-glosse, génio-glosse. Hypoglosse et son anse.
19. Buccinateur et constricteurs du pharynx. Muscles des piliers palatins.
20. Muscles du larynx. Nerf récurrent.
21. Diaphragme et nerf phrénique. Diaphragme pelvien.

*
* *

22. Muscles insérés sur l'occipital.
23. id. le sphénoïde.
24. id. le temporal.
25. id. jugal, maxillaire supérieur et palatin.
26. id. marteau et maxillaire inférieur.
27. id. étrier, styloïde et hyoïde.
28. id. pariétal, frontal, nasal et lacrymal.

*
* *

29. Trous et canaux de l'endocrâne : nerfs et vaisseaux qui les traversent.
30. Trous et canaux des fosses ptérygo-maxillaire, orbitaire et nasale : nerfs et vaisseaux qui les traversent.

31. Connexions des os de la tête. Condyle maxillaire.
32. Développement des os de la tête.
33. Os de la tête transitoires chez l'homme, permanents chez d'autres animaux.
34. Cartilage de Meckel. Arc hyoïdien. Osselets auditifs.
35. Os sans insertion. Sésamoïdes. Ligaments jaunes, ligaments croisés du genou et ligament rond de la hanche.
36. Pli semi-lunaire. Appendice cœcal. Utérus masculin. Œil pinéal.

Le programme de ces démonstrations est, en grande partie, calqué sur le programme du cours en 30 leçons que nous faisons aux élèves de la 2e année.

## ANNEXE D

### Noms des savants qui ont visité notre salle de dissection.

MM. GILIS, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier........ 22 mai.
MATHIAS-DUVAL, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris........ 4 juin.
RICHET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris........ 4 juin.
DESGREZ, agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de pathologie générale de M. le professeur BOUCHARD........ 6 juin.
GLEY, agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société de Biologie...... 11 juin.
CRYER, professeur d'anatomie à l'École dentaire de Philadelphie........ 13 juin.
CUNÉO, agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. 25 juin.
POIRIER, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris........ 27 juin.
NIEWENGLOWSKI, inspecteur d'Académie à Paris........ 30 juin.
LAUNOIS, agrégé d'anatomie, suppléant du cours d'histologie à la Faculté de médecine de Paris........ 7 juillet.

# POUDRES DENTIFRICES

Par A. André.

Docteur en pharmacie de l'Université de Lyon,
Lauréat de pharmacie et de chimie.

Les poudres dentifrices sont des préparations médicamenteuses, généralement composées, qui concourent à produire des effets capables d'assurer l'intégrité des organes et des tissus bucco-dentaires. Mais le milieu buccal possède une composition si complexe et si variable, les désordres qui peuvent s'y produire sont si différents que, pour les réprimer efficacement, il semble qu'il devienne indispensable de connaître la constitution de ce milieu afin de prescrire une médication appropriée, spéciale à cette constitution.

La salive qui inonde ce milieu joue, en particulier, un rôle capital dans la formation du *tartre*. D'après Magitot, l'accumulation de ce corps peu défini serait simplement un dépôt formé par la précipitation des phosphates et carbonates terreux tenus en dissolution dans la salive à la faveur de la matière organique avec laquelle ils sont combinés. Il résulterait aussi, d'après Gonas, que ce dépôt du tartre dépendrait essentiellement de *l'alcalinité* de la salive, tandis que les caries proviendraient au contraire de son *acidité*.

Donc si, d'une part, une trop grande acidité nuit au bon état de la bouche, si, d'autre part, une trop grande alcalinité peut y causer certains désordres, il paraît logique qu'on doive lui garder sa neutralité et pour cela tantôt lui donner des alcalins, tantôt lui confier des acides.

La salive mixte ou totale, quoi qu'on en ait dit, est légèrement alcaline et communique cette alcalinité au milieu où elle s'écoule. Malgré cela, et dans l'immense majorité des cas, la réaction du milieu buccal est *acide*. Il est bien certain que l'analyse chimique de ce milieu pourrait donner au praticien des indications précieuses et même le fixerait sur les médicaments à introduire dans ses formules. Mais

il est pratiquement impossible de faire analyser chaque salive et dès lors, il faut s'en tenir aux cas les plus fréquents, ceux, avons-nous dit, où sa réaction est acide.

En examinant attentivement les principales formules de poudres dentifrices usitées durant ces dix dernières années, nous avons été souvent étonné de leur composition. Dans les unes, assez actives, on trouve des médicaments peut-être appropriés au milieu buccal, mais associés à d'autres médicaments qui diminuent, détruisent leur efficacité ou qui, chimiquement parlant, les dédoublent, les transforment, les décomposent (*incompatibles*) ; dans les autres, moins actives et non incompatibles, on trouve des astringents, des caustiques à des doses proportionnellement très élevées et qui n'ont pour effet que de favoriser le dépôt du tartre en certains endroits qu'elles ont tout d'abord désagrégés ; enfin, d'autres sont complètement dépourvues d'activité n'étant qu'un mélange de produits inertes.

N'existe-t-il donc pas des principes fixes, des données sûres, des bases indiscutables qui puissent guider le dentiste dans le choix des médicaments devant entrer dans la composition des poudres dentifrices ?

Une poudre dentifrice doit posséder des effets multiples qui, synthétisés, peuvent se grouper ainsi :

1° Combattre les affections bucco-dentaires ;

2° Lutter contre les causes d'infection incessantes et innombrables du milieu buccal ;

3° Détruire le tartre si possible ou empêcher sa formation.
A chacun de ces groupes doit correspondre une médication spéciale, définie et, si celle-ci est bien formulée, la poudre dentifrice qui en résultera aura au moins les propriétés suivantes :

1° Thérapeutiques ;

2° Antiseptiques ;

3° Mécaniques.

Nous passerons successivement en revue les différents médicaments utilisés ou susceptibles d'être utilisés dans la composition d'une poudre dentifrice et pouvant se ranger

dans l'un ou l'autre des trois groupes précités. Nous établirons donc trois tableaux comprenant :

Les agents thérapeutiques proprement dits ;

Les agents antiseptiques ;

Les agents mécaniques, absorbants, colorants ou inertes et nous les ferons suivre d'un tableau sur les incompatibilités des médicaments les plus usuels.

Tableau A. — **Agents thérapeutiques**[1].

| | | |
|---|---|---|
| Soufre. | Lactate de strontium. | Formol. |
| Iodure de soufre. | Calomel. | Chloral. |
| Iodure d'arsenic. | Précipité blanc. | Vanilline. |
| Iodure de potassium. | Sublimé. | Acide tartrique. |
| Chlorate de potassium. | Iodure mercureux. | Acide citrique. |
| Chlorure de sodium. | Iodure mercurique. | Acide salicylique. |
| Hyposulfite de soude. | Acide chromique. | Tannin. |
| Borate de soude. | Permanganate de potasse. | Antipyrine. |
| Bicarbonate de soude. | Alun. | Ratanhia. |
| Chlorure d'ammonium. | Salol. | Cachou. |
| Carbonate d'ammoniaque. | Benzonaphtol. | Kino. |
| Carbonate neutre de lithine. | Microcidine. | Gomme-Gutte. |
| Azotate d'argent. | Résorcine. | Gomme-Ammoniaque. |
| Carbonate de strontium. | | |

Tableau B. — **Agents antiseptiques.**

| | | |
|---|---|---|
| Acide borique. | Phénates divers. | Phénosalyl. |
| Chlorure d'or. | Créosote. | Dermatol. |
| Bichromate de potasse. | Gaïacol. | Iodol. |
| Azotate d'urane. | Europhène. | Essence de cannelle. |
| Iodoforme. | Thymol. | — girofles. |
| Eucalyptol. | Aristol. | — d'eucalyptus. |
| Eugénol. | Naphtols. | — de géranium. |
| Menthol. | Hydronaphtol. | — menthe. |
| Myrtol. | Saccharine. | — thym. |
| Phénol ou acide phénique. | Acide boro-salicylique. | Camphre. |

1. Il est évident que certains agents thérapeutiques sont antiseptiques et vice-versa; dans ce cas, l'agent a été rangé dans le groupe où il est appelé à rendre le plus de services.

TABLEAU C. — **Agents mécaniques, absorbants, colorants ou neutres.**

| | | |
|---|---|---|
| Phosphate tricalcique | Lactate de chaux. | Myrrhe. |
| Phosphate bicalcique | Tartrate borico-potassique. | Encens. |
| Carbonate de chaux. | Salicylate de bismuth. | Benjoin. |
| Magnésie calcinée. | Salicylate de soude. | Cannelle. |
| Carbonate de magnésie. | Pierre ponce. | Ecorce de chêne. |
| Oxyde de zinc. | Savon médicinal. | Anis. |
| Carbonate de manganèse | Quinquina. | Garance. |
| Sous-nitrate de bismuth. | Iris. | Noix muscade. |
| Lactose. | Gaïac. | Cochenille. |
| Benzoate de soude. | Charbon végétal. | Carmin. |
| Oxalate de cérium. | | |

TABLEAU D. — **Incompatibles.**

| MÉDICAMENTS | INCOMPATIBLES |
|---|---|
| Chlorate de potasse. | Substances avides d'oxygène, soufre, phosphore, résines, cachou, matières organiques en général, iodure de potassium. |
| Iodure de potassium. | Acides, sels acides, sels de plomb, de mercure, d'argent, chlore, brome, iodures métalliques, chlorate de potasse. |
| Chlorure de sodium. | Acides minéraux, calomel, azotate d'argent, protosels de mercure, acétate de plomb. |
| Hyposulfite de soude. | Acides, sels acides, iode. |
| Borate de soude. | Acides, sels acides, chlorures métalliques, sulfates. |
| Bicarbonate de soude. | Acides, sels acides, sels dont la base peut donner lieu à un carbonate ou à un oxyde insoluble (mercure, fer, magnésie, chaux, etc.), chlorhydrate d'ammoniaque, eau de chaux, infusés végétaux. |
| Chlorure d'ammonium. | Alcalis et leurs carbonates, acétate de plomb, azotate d'argent, acides sulfurique et azotique. |
| Carbonate d'ammoniaque. | Alcalis et leurs carbonates, acétate de plomb, azotate d'argent, acides sulfurique et azotique. |
| Azotate d'argent. | Alcalis et leurs carbonates, chlorures, bromures, cyanures, iodures, sulfates, phosphates, acide tartrique, acide chlorhydrique, matières organiques. |

| MÉDICAMENTS | INCOMPATIBLES |
|---|---|
| Carbonate de strontiane. | Acides. |
| Lactate de strontiane. | Acides. |
| Phosphates tricalcique et bicalcique. | Sels alcalins, bicarbonate de soude, sulfates solubles, acides. |
| Carbonate de chaux. | Acides. |
| Magnésie calcinée. | Acides. |
| Carbonate de magnésie. | Acides et sels acides. |
| Oxyde de zinc. | Acides et sels acides. |
| Calomel (protochlorure de mercure). | Acides, alcalis, chlorures, bromures, iodures solubles, poudres métalliques, sulfure d'antimoine, eau de laurier-cerise. |
| Sublimé (bichlorure de mercure). | Alcalis libres, carbonates, sulfures, iodures, bromures, tannin, savon, émétique, métaux, albumine, matières animales. |
| Iodure mercureux. | Lumière, alcalis, sulfures, chlorures, iodures solubles. |
| Iodure mercurique. | Lumière vive, alcalis et carbonates alcalins, iodures, chlorures solubles (sauf indications spéciales). |
| Acide chromique. | Alcool et substances organiques. |
| Permanganate de potasse. | Huiles, savons, alcool, glycérine, acide phénique, sucre, toutes substances organiques, toutes les infusions végétales, soufre, phosphore, charbon, etc. |
| Carbonate de manganèse | Acides. |
| Alun. | Alcalis et leurs carbonates, sulfures solubles, sels de mercure, de calcium, de plomb, émétique, infusés, astringents, lait. |
| Sous-nitrate de bismuth. | Sulfures solubles, kermès, soufre. |
| Résorcine. | Antipyrine. |
| Chloral. | Alcalis, carbonates alcalins. |
| Benzoate de soude. | Acides et sels acides. |
| Lactate de chaux. | Alcalis, carbonates alcalins, sulfures solubles. |
| Acide tartrique. | Sels de plomb, de chaux, de baryum, de potassium, eau ordinaire. |
| Tartrate borico-potassique. | Acides, sels acides, sels de chaux et de plomb. |
| Acide citrique. | Alcalis, carbonates alcalins, émulsions, lait, etc. |
| Acide salicylique. | Savon, permanganate de potassium. |
| Salicylate de soude. | Antipyrine. |
| Tannin. | Alcaloïdes, sels métalliques surtout ceux de fer, d'antimoine, de plomb, de mercure; émétique, gélatine, albumine, émulsions, eau de chaux. |

| MÉDICAMENTS | INCOMPATIBLES |
|---|---|
| Antipyrine. | Grand nombre de substances, dont voici les principales : alun ammoniacal, nitrite d'amyle, acide azotique dilué, sels de caféine, teinture de cachou, chloral hydraté, sulfate de cuivre, décoctions, extraits, infusions tanniques, perchlorure de fer, sulfate de fer, teinture d'iode, calomel, naphtol, acide phénique, permanganate de potasse, sels de quinine, bicarbonate de soude, salicylate de soude, bichlorure de mercure, tannin. |
| Iodoforme. | Lumière vive, potasse, alcalis, calomel et certains réducteurs. |

Ces données étant établies, rien n'est plus simple que de formuler correctement une poudre dentifrice ayant au moins les propriétés énumérées plus haut. Pour cela, il suffit : 1° de choisir le ou les agents thérapeutiques nécessaires (tableau A), de leur adjoindre un ou plusieurs antiseptiques (tableau B), puis, comme véhicule, d'ajouter une ou plusieurs poudres mécaniques, colorantes ou neutres (tableau C); 2° de s'assurer si les médicaments ainsi associés ne sont pas incompatibles (tableau D). Il ne restera plus qu'à indiquer à côté de chaque corps la dose à laquelle il doit être employé, dose que l'on trouvera d'ailleurs dans tous les formulaires et de laquelle le praticien doit rester le seul juge.

Les élixirs dentifrices ne diffèrent guère des poudres, quant à leur composition, que par leur véhicule qui, au lieu d'être solide (une poudre), est le plus souvent de l'alcool pur ou un liquide alcoolique spécial à titre variable. Ils ont généralement le même but, sont astreints aux mêmes règles et peuvent se formuler d'après les mêmes principes.



# TRAVAUX
## du 3me Congrès Dentaire International (1900)

## Contribution à l'étude de l'anesthésie dans les opérations sur les dents. De l'éthérisation à dose dentaire.

Par les Drs **Julien Tellier** et **Camille Tellier**, de Lyon.

### I

Bien des pages ont été écrites sur l'anesthésie dans les extractions dentaires, et cependant l'accord est loin d'être fait sur cette question. Les uns pratiquent l'anesthésie générale, les autres la rejettent d'une façon presque absolue pour se contenter de l'anesthésie locale ; parmi les dentistes partisans de cette manière d'agir, les uns recherchent l'insensibilisation par le refroidissement, d'autres par l'injection dans les tissus de médicaments analgésiques, et chacun recommande plus ou moins exclusivement la pratique qui a semblé lui donner les meilleurs résultats. On publie des statistiques, on établit des pourcentages destinés à emporter la conviction du lecteur, sans y réussir toujours. On expérimente de nouveaux procédés, de nouveaux agents médicamenteux : quelques-uns restent dans la pratique, d'autres tombent dans l'oubli ; la liste en serait longue à établir.

Notre intention n'est pas de rouvrir un débat qui est cependant loin d'être épuisé. On ne trouvera dans ce travail ni considérations générales sur les différents anesthésiques, leur action physiologique, les avantages qu'ils présentent, soit au point de vue absolu, soit par rapport des uns aux

autres, ni arguments en faveur de telle ou telle méthode, ni statistiques. Il nous semble que les convictions d'un opérateur doivent être basées surtout sur une pratique personnelle plus ou moins longue, et que, en l'espèce tout au moins, les opinions ne peuvent être sensiblement modifiées par des faits exposés en quelques pages. Nous croyons que dans l'état actuel de la question il est peut-être plus utile que chacun de nous expose sa manière de faire, avec la raison de ses préférences ; encore cela n'est-il pas toujours facile à établir ; expliquons-nous.

Les méthodes d'anesthésie générale ou locale sont relativement assez nombreuses. Il est difficile que l'on ait de chacune d'elles une expérience égale, basée sur l'observation d'une quantité à peu près égale de faits pour les unes et les autres, et d'autre part, on sait, qu'en fait d'anesthésie, les statistiques doivent porter sur des milliers de cas pour avoir une certaine valeur.

Cela est vrai, indiscutablement, pour les agents d'anesthésie générale, mais vrai aussi pour les médicaments employés en injections locales. Que tel nouvel anesthésique ait donné de bons résultats dans cinquante, cent ou même cinq cents anesthésies, on peut toujours objecter qu'on a eu affaire à une série heureuse, et il n'est pas démontré qu'il en sera de même dans la série suivante. Il est donc nécessaire que l'expérience porte sur un grand nombre de cas, et nous répétons qu'il est difficile qu'elle soit faite par un seul et même observateur pour chacune des méthodes employées et recommandées. En fait donc, les convictions de chacun de nous ne sont pas la conséquence rigoureusement scientifique de son observation, mais bien plutôt *la résultante d'impressions* qu'il a gardées de ses lectures, parfois, du milieu où s'est faite son éducation chirurgicale, des faits auxquels il a assisté, etc. Aussi n'est-il pas toujours aisé de dire la raison de préférences basées, en partie tout au moins, souvent sur des impressions absolument personnelles et difficiles à faire partager. L'un de nous, en trois mois, dans les hôpitaux de Paris, a vu un cas de mort et plusieurs alertes graves sur-

venues à l'occasion de l'emploi du chloroforme qui lui ont inspiré de vives méfiances à l'égard de cet agent, malgré plusieurs centaines de cas personnels sans accident : un de nous encore, au Leicester Hospital de Londres, a été témoin d'accidents survenus avec la cocaïne, qui ont entraîné dans son esprit, à l'égard de ce médicament, une réserve qui n'est évidemment pas en accord avec les affirmations certainement autorisées d'observateurs consciencieux, mais peut-être un peu trop exclusifs dans l'emploi de l'anesthésie locale. Nous ne voudrions pas cependant aller trop loin, et dire qu'on ne peut pas arriver à se faire une conviction raisonnée, mais seulement établir une des raisons pour lesquelles il est difficile, parfois, de faire partager cette conviction.

## II

Nous nous proposons, dans ce petit mémoire, d'exposer notre pratique au point de vue de l'anesthésie dans l'extraction des dents, en insistant surtout sur l'anesthésie générale au moyen de l'éther, les particularités de son emploi dans les opérations dentaires, et les avantages qu'il nous paraît posséder en propre. Pour tout ce qui concerne les considérations générales, nous renvoyons soit aux *Traités des anesthésiques* (Claude Bernard, Dastre, Paul Bert, R. Dubois, Reclus, etc.,) soit aux journaux de chirurgie générale ou spéciale (*Revue de chirurgie, L'Odontologie,* etc.)[1].

Pour combattre la douleur qui accompagne les extractions dentaires, nous disposons de moyens qui peuvent être divisés en agents d'anesthésie locale et agents d'anesthésie générale. Les premiers sont employés en application sur la gencive (éther, chlorure de méthyle, chlorure d'éthyle, seuls ou combinés), ou en injections dans les tissus mous de la région

1. Consulter spécialement : *Revue de Chirurgie,* 1893, mémoire de Vallas, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — *L'Odontologie,* 1898, passim. (A propos de la discussion sur l'anesthésie dans les opérations dentaires, communications de Sauvez, Friteau, Pitsch, Roy, d'Argent, etc.)

gingivo-dentaire (cocaïne, eucaïne, gaïacol, tropacocaïne, acoïne, nirvanine, etc., méthode de Schleich). Les agents d'anesthésie générale le plus ordinairement employés sont l'éther, le chloroforme, le bromure d'éthyle, le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle, le chlorure d'éthylène, l'hypnose, les méthodes mixtes.

En ce qui nous concerne nous employons exclusivement le chlorure d'éthyle et la méthode de Schleich, comme anesthésiques locaux, le protoxyde d'azote et l'éther comme anesthésiques généraux.

Les injections sous-gingivales de cocaïne sont très souvent un bon moyen d'anesthésie locale et pourtant nous n'y avons jamais recours, parce que nous ne croyons pas à son innocuité absolue. Nous avons à plusieurs reprises été témoins d'accidents survenus en d'autres mains que les nôtres, alors que les injections avaient été faites d'après les règles établies par Reclus ; une fois les accidents syncopaux ont duré trois heures et ont présenté un caractère véritablement alarmant. L'un de nous, à l'occasion de l'ablation d'un petit kyste sébacé du cou, a reçu deux centimètres cubes de la solution employée par Reclus : l'opération ne fut accompagnée d'aucune douleur, sauf à la fin, mais dans les heures qui suivirent il apparut des symptômes alternatifs de dépression et d'excitation très pénibles. Les précautions qu'il est bon de prendre avec la cocaïne, avant l'opération (état du cœur) ou après (nécessité en certains cas de garder le décubitus horizontal pendant plusieurs heures, même après une seule extraction), les dangers que son emploi peut, à notre avis, faire courir, enfin et surtout la possibilité d'obtenir des résultats aussi bons par d'autres méthodes d'injection dans les tissus, nous ont amenés à rejeter complètement l'usage de cet anesthésique aux doses ordinairement utilisées. La méthode d'infiltration de Schleich que nous employons depuis quelque temps, après l'avoir expérimentée dans nos services de consultation dentaire à l'hospice de la Charité et à l'hospice de l'Antiquaille, n'est passible d'aucun des reproches que l'on peut adresser aux injections de cocaïne seule,

en dehors bien entendu des objections générales que l'on peut faire à toute méthode d'injection (impossibilité de pratiquer l'injection au niveau des dents de sagesse, trismus, périodontite avec tension extrême des tissus, etc.). Nous y avons recours lorsque l'anesthésie locale seule est indiquée.

Le seul agent de réfrigération que nous employons est le chlorure d'éthyle, qui a naturellement ses avantages et ses inconvénients; parmi les avantages, son innocuité absolue, la rapidité de son emploi en font un auxiliaire parfois précieux. Son emploi peut être douloureux dans les cas de périodontite, lorsqu'il y a des caries de voisinage, malgré les moyens préconisés pour éviter cet inconvénient. Certes, il ne faut pas exagérer les effets de cet agent, et surtout leur constance. Il produit parfois une analgésie absolue, souvent ne fait que diminuer la sensation douloureuse, parfois aussi son action est nulle : nous ne parlons pas des cas où il est contre-indiqué et où il produit lui-même des sensations douloureuses. Il nous a, dans certains cas d'extractions difficiles, donné des résultats parfaits: voici une observation qui nous permettra de signaler incidemment une petite manœuvre opératoire qui, à la vérité, n'est peut-être pas nouvelle. Une dame de 38 ans environ se présente à nous pour l'extraction d'une racine d'incisive supérieure, complètement recouverte par la gencive, et déclare vouloir être endormie. Nous proposons l'anesthésie locale, elle refuse. Nous l'examinons au point de vue de son état général, dans l'intention de lui fixer un rendez-vous le lendemain matin pour procéder à l'anesthésie générale, et nous constatons l'existence d'un rétrécissement mitral. Nous refusons l'anesthésie générale d'une manière absolue. La patiente consent à être opérée avec l'anesthésie locale. L'un de nous projette alors du chlorure d'éthyle sur la région de l'incisive antérieure et continue la manœuvre pendant toute la durée de l'intervention. Pour dégager les bords de la racine et ne pas faire une plaie contuse étendue de la gencive, nous faisons rapidement au bistouri une incision cruciale dont le centre correspond à l'orifice fistuleux qui conduit sur la racine, et détachons les

quatre petits lambeaux ainsi formés au moyen d'un petit détache-tendon (qui, à la rigueur, peut être remplacé par un élévateur plat en forme de tourne-vis). Les bords de la racine sont ainsi libérés, la racine est saisie suffisamment haut et l'extraction faite sans incident. La patiente n'a absolument rien senti, à sa grande satisfaction, ni de l'incision, ni de l'extraction.

Il nous arrive très souvent d'opérer de cette façon pour les extractions des régions gingivo-dentaires antérieures, et nous pouvons dire que c'est là surtout qu'est indiqué le chlorure d'éthyle. En procédant de cette façon, nous avons obtenu une fois l'anesthésie générale, sans la chercher ; inutile de dire que c'est là une chose à éviter lorsqu'on n'a pris aucune des précautions qui doivent précéder toute narcose.

## III

Quand l'anesthésie locale est contre-indiquée ou ne peut être employée, que le patient demande, exige même l'anesthésie générale (nous reviendrons sur les indications), nous employons, soit le protoxyde d'azote pour les opérations de courte durée, soit l'éther pour les extractions multiples et difficiles. Encore une fois nous répétons que nous ne voulons pas, dans ce travail, fixer les règles de l'anesthésie dentaire, mais simplement *raconter* ce que nous croyons être une bonne manière de faire, puisque nous nous y sommes arrêtés. Nous ne voulons, autrement dit, qu'établir notre *observation,* à la manière d'une observation clinique, dans l'espoir qu'elle pourra un jour être utile à quelqu'un qui voudra, au moyen de toutes les observations publiées, édifier la monographie de l'anesthésie dans les opérations dentaires.

Le protoxyde d'azote est employé par presque tous les dentistes qui acceptent le principe de l'anesthésie générale. Il faut bien rappeler en effet que ce principe n'est pas admis par tout le monde, et même ajouter qu'on a proposé, dans une assemblée professionnelle, de voter la suppression de

l'anesthésie générale dans les extractions dentaires. Le protoxyde d'azote convient aux opérations courtes, l'extraction d'une ou quelques dents et racines : le maximum de racines que nous avons pu extraire en une seule séance est de six. Encore ajouterons-nous qu'il s'en faut de beaucoup qu'on puisse ordinairement atteindre ce nombre, surtout s'il se présente la moindre difficulté opératoire.

Nons donnons le protoxyde associé à l'oxygène, avec l'appareil et le double ballon de Barth. Pour les indications, contre-indications, manuel opératoire, etc..., nous renvoyons au petit livre de Hewitt, qui est d'une lecture très facile, même si l'on n'est pas très familiarisé avec la langue anglaise. Les principaux avantages de cet agent anesthésique sont : la rapidité avec laquelle on obtient l'insensibilisation et son innocuité, qui est aussi grande qu'on peut le désirer. Si l'on lit attentivement les observations d'accidents survenus à la suite de son emploi, et qui à la vérité sont très peu nombreux relativement surtout au nombre très considérable des cas où il a été mis en usage, on voit qu'il s'agit de faits où le protoxyde a été donné dans des conditions défavorables ou administré trop longtemps, ou bien de cas où l'on n'a pas tenu compte des contre-indications ; dans quelques faits même, il s'agit vraisemblablement de coïncidences tout à fait extraordinaires. Pour nous, les contre-indications à son emploi sont à peu près les mêmes que nous envisageons plus bas à l'occasion de l'éther. Nous ne voulons parler ici que des circonstances défavorables qui accompagnent trop souvent l'usage du protoxyde d'azote.

A Londres, à Berlin, et ailleurs aussi, nous avons vu souvent, toujours pourrions-nous dire, donner le protoxyde à des patients sans qu'on se fût au préalable informé de leur état de santé, sans qu'on s'inquiétât de savoir s'ils étaient à jeun ou du temps écoulé depuis le dernier repas. On se contentait d'exiger des hommes qu'ils défissent leur faux-col ; des femmes, qu'elles fissent sauter un ou deux boutons de leur corsage autour du cou, sans enlever leur corset. Nous devons à la vérité de déclarer que nous n'avons jamais été

témoins d'accidents, mais nous croyons devoir insister sur ce point que ce sont là, évidemment, des circonstances défavorables à toute anesthésie générale, et qu'il se peut, grâce à elles, produire des accidents qui ne seraient pas survenus si on avait pris quelques précautions. Pour nous, nous ne procédons jamais à une anesthésie au protoxyde d'azote, sans avoir ausculté notre patient (cœur, poumons), après l'avoir rapidement interrogé sur ses antécédents ; il doit être à jeun, ou tout au moins, à trois ou quatre heures de son dernier repas ; et enfin nous exigeons qu'il n'ait aucun vêtement serré autour du corps ; c'est dire que, s'il s'agit d'une femme, le corset doit être ôté, les jupons desserrés, etc. On nous dira que ce sont là précautions élémentaires ; nous savons par expérience qu'elles sont trop souvent négligées, et nous nous élevons de toutes nos forces contre cette manière d'agir. Il faut de toute nécessité se placer dans les conditions les plus favorables possible. Pour nous, nous n'avons jamais vu le moindre incident un peu sérieux se produire à la suite de l'anesthésie au protoxyde, bien préparée et bien conduite.

Les inconvénients de ce mode d'anesthésie sont : *a*) une excitation, rarement très forte, au début, chez les personnes un peu nerveuses, et parfois plus marquée après l'intervention : quelques femmes prennent des crises hystériformes, généralement de courte durée ; *b*) l'apparition de cyanose de la face, indiquant que l'oxygène n'a pas été associé au protoxyde en quantité suffisante ; elle disparaît très rapidement dans presque tous les cas ; *c*) enfin, le peu de durée de l'insensibilisation et la réapparition de la sensibilité dans certains cas avant la fin de l'opération, s'il est survenu quelque difficulté d'extraction. Certains auteurs conseillent de donner de nouveau du protoxyde en pareil cas, mais c'est une conduite dont nous nous abstenons, à cause surtout de l'hémorragie, qui exposerait à l'entrée d'un peu de sang dans les voies respiratoires. Nous aimons mieux, en pareil cas, remettre l'opération à un autre jour, si c'est nécessaire.

Le seul accident d'intervention que nous ayons observé

est la luxation de la mâchoire inférieure, qui n'appartient pas en propre à l'anesthésie au protoxyde, mais qui y est peut-être plus fréquente, à cause de la nécessité de placer, dès le début, un large écarteur des mâchoires. S'il survenait des accidents d'asphyxie sérieux, il faudrait les combattre comme il sera dit à propos de l'éther.

*(A suivre.)*

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an,** }
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

## ALLIAGE DENTAIRE

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

## CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. 109 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de juillet 1903 : 25 élèves reçus sur 34 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901 et 1902 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ▮ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

## CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

## FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

**Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse,* PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

**Reymond frères**
- 22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

***Société coopérative des dentistes de France,*** 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** — 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214.47.** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

*(Voir la suite page 362.)*

# Un appareil simple et efficace de dilatation du maxillaire inférieur.

Par G. Douzillé, d'Agen.

Nous avons toujours des inconnues dans quelque branche que ce soit de notre profession ; aussi, formulant une question de prothèse orthopédique, je demandais un appareil simple et efficace de dilatation du maxillaire inférieur. Hélas ! qu'avais-je fait ? Notre aimable secrétaire général me répondit bientôt en m'informant que votre commission me chargeait de traiter cette question. Vous voyez que pour moi poser la question, c'était devoir la résoudre.

C'est donc cet appareil que je vais avoir l'honneur de soumettre à votre bienveillante attention ; mais avant permettez-moi de développer certaines conclusions tirées des expériences auxquelles je me suis livré et qui seraient peut-être mieux à leur place dans la 2e section, celle de l'anatomie pathologique.

Tout d'abord, il est admis que dans le mécanisme du redressement d'une dent toute pression de la racine dans un sens a pour résultat immédiat de développer l'activité de deux genres de cellules : 1° les cellules ostéoclastes, qui agissent sur la paroi alvéolaire comprimée et déterminent sa résorption pendant que (2°) les cellules ostéoblastes de la paroi opposée se mettent en activité et fournissent un apport osseux correspondant au vide produit par la progression de la racine.

La théorie est d'autant plus séduisante qu'elle paraît vraie et qu'elle est simple ; mais je ne connais aucune expérience qui vienne en démontrer la réalité ; macroscopiquement la chose est difficile ; quant aux préparations microscopiques, les seules probantes et surtout les seules justificatives en cette occurrence, il n'en faut pas parler.

Eh bien ! j'avoue n'avoir pas été satisfait par cette théorie, et en premier lieu je me suis posé cette question : puisque quelques heures après l'application d'une force constante il y a déplacement de la dent sur laquelle elle est appliquée,

d'où provient ce déplacement ? (Je laisse pour le moment la question douleur de côté). Évidemment les cellules n'ont pas encore eu le temps d'agir ; il y a donc eu autre chose et ce quelque chose, que j'ai voulu élucider, va nous donner la clef du processus : c'est la compression des cellules osseuses très larges dans le diploé du maxillaire. Une remarque qui vient en effet corroborer cette réponse à l'objection primitive est celle-ci : lorsque nous avons terminé un redressement, l'épaisseur de la paroi alvéolaire sur la racine de la dent déplacée est la même que celle qui existait avant la progression de la racine. Or si vous admettez que les cellules ostéoclastes ont détruit une partie de l'épaisseur de cette paroi, celle-ci devra être plus mince et même avoir disparu sur une longueur de la partie radiculaire ; or, ni dans mes expériences ni dans notre littérature professionnelle je n'ai trouvé trace de cette résorption et cependant j'ai lu presque tout ce qui a été écrit sur cette question depuis Fauchard en 1728 jusqu'à Dolamore et son alvéolotomie, travail qui a été publié dans le *Progrès dentaire* de juin dernier.

Comment expliquer ce fait? Très facilement, si vous adoptez la compression des cellules osseuses et, en vertu de leur élasticité, leur retour à la forme primitive en repoussant en avant d'une quantité égale la paroi opposée à celle qui était comprimée ; cette paroi, repousse à son tour celle qui lui est juxtaposée, le même phénomène se reproduisant dans toute la masse osseuse de proche en proche, pendant que le même phénomène agit dans le même sens dans la partie osseuse qui se trouve derrière la racine. Cette hypothèse me semblait plus rationnelle que l'autre et répondre mieux aux résultats observés, mais encore fallait-il l'appuyer d'expériences.

Voici comment je m'y pris.

Pendant deux mois je mêlai à la nourriture de trois cobayes de la garance, puis au bout de ce temps je supprimai l'emploi de cette matière colorante en même temps que je posais un morceau de laminaire entre les incisives de l'un pour les écarter ; pendant que j'agissais sur les molaires du second par traction avec un anneau de caoutchouc, le

troisième fut gardé comme témoin. Les cobayes furent sacrifiés au bout d'un mois, des coupes furent faites sur les maxillaires normalement à l'axe des racines ; or, je constatai que la coloration était uniforme chez les trois et qu'en avant des racines des dents déplacées il n'y avait pas la moindre trace d'un dépôt osseux blanc, qui eût dû se produire si la théorie actuellement admise était exacte, puisque, l'administration de la garance ayant cessé le jour même où le travail avait commencé, toute formation nouvelle due aux ostéoblastes eût été incolore. Mais, et j'insiste sur ce point, les cellules osseuses étaient déformées et cela d'autant plus qu'elles étaient plus proches de la racine, celles du devant comprimées avec un noyau plus opaque, celles d'arrière plus grandes, plus dilatées avec leur noyau plus clair. J'avais monté ces préparations pour vous les soumettre; malheureusement sept cents kilomètres en chemin de fer les ont réduites en poussière ! Toutefois, je vous promets de les refaire et de les soumettre au microscope de notre confrère Choquet, dont l'habileté en micrographie est appréciée par tous.

Si nous remontons à la genèse de l'os, nous sommes en présence de deux processus : 1° ou bien la substance de l'os est précédée d'un cartilage, les cellules osseuses se montrent dans son épaisseur se substituant aux chondroplastes; c'est la génération osseuse par substitution ; 2° ou bien la substance osseuse naît sans cartilage préexistant ; c'est alors l'ossification par envahissement. C'est de ce dernier mode que relèvent la plupart des os de la tête, entre autres le maxillaire, quoique les recherches de Brock, Masquelin, Julin et Van Beneden tendent à démontrer que le condyle osseux a été précédé d'un condyle cartilagineux provenant de la partie interne du cartilage de Meckel.

Mais le maxillaire va s'accroissant du centre à la périphérie, ainsi que l'a démontré Tomes dans ses recherches sur le développement des maxillaires.

Nous avons donc affaire à un os développé *ab integra,* au moins dans sa partie centrale, la seule qui nous intéresse momentanément par suite de l'inclusion dans sa masse des

racines, la partie externe étant recouverte d'un périoste qui va lui permettre de se régénérer ou de se développer d'une façon continue ; mais dans l'intérieur des alvéoles y a-t-il un périoste ? La membrane péri-radiculaire contient-elle des odontoblastes ? Non, nous assistons là à une transformation du périoste osseux comparable à celle que subit l'épiderme au niveau du prépuce ou des lèvres, là où il se transforme en tissu musqueux. Ses fonctions sont doubles : au début il contient des cémentoblastes qui peuvent persister dans leurs fonctions d'une façon anormale, ainsi que le démontrent les hypercémentoses ou augmentations des racines de certaines dents malades, mais le dépôt se fait alors uniquement sur la racine et jamais du côté de la paroi alvéolaire. Si nous poussons le parallèle jusqu'au bout et que nous cherchions l'action des cellules ostéoclastes, nous pourrions en avoir l'illusion et nous croirions les voir intervenir dans le cas de nécrose des racines chez des dents malades toujours ; mais dans le cas où des troubles se sont produits du côté de l'os, vous aurez eu affaire ou à une compression des cellules osseuses par le développement d'une poche kystique ou purulente, ou bien les troubles ont été plus sérieux encore et alors vous avez eu une mortification complète avec élimination d'un séquestre. Plus tard, c'est un ligament qui relie la dent à l'alvéole et la maintient dans ses fibres entrecroisées, créant ainsi une espèce d'amphiarthrose.

Ainsi donc le péri-cément ne contenant pas de cellules ostéoblastes, il lui sera impossible de faire ces réparations osseuses qui sont nécessaires après le mouvement de progression d'une racine. Enfin il y a une objection qui se présente naturellement : pourquoi à un certain âge les dents deviennent-elles chancelantes ? Il y a donc une résorption alvéolaire et alors nos cellules ostéoclastes existent, puisqu'elles fonctionnent. La remarque est spécieuse et, sans faire intervenir certaines diathèses ou maladies générales, je n'ai pas voulu prétendre que le périoste vrai n'en contient pas, mais seulement que le péri-cément en est dépourvu. De plus la réponse est facile, car c'est un phénomène physiologique,

c'est de la sénilité osseuse ; en effet, chez le vieillard l'accroissement en épaisseur a cessé, alors que la dilatation des espaces cellulaires continue encore ; ces os vont tendre à disparaître ou tout au moins à diminuer par insuffisance de nutrition : ce sont des os qui meurent d'inanition. Cette phase, je le répète, est absolument naturelle, physiologique, et on l'observe chez le vieillard, surtout chez l'édenté, dont la forme du maxillaire se rapproche de celle du maxillaire chez le nouveau-né.

Et maintenant si nous voulons serrer la question de plus près encore, examinons ce que pourraient faire les cellules ostéoclastes dans le cas où elles existeraient. Sommes-nous en présence d'un phénomène analogue à celui qui préside à la chute des dents de lait? On peut répondre hardiment : non, puisque nous sommes en présence d'un tissu osseux et non de cément et de dentine ; et puis il y a encore cette remarque : pourquoi n'est-ce pas le corps gênant qui est résorbé ? Et quand même on admettrait l'analogie des deux processus, nous ne trouvons pas une théorie claire, probante pour trancher la question, car nous serons en présence de trois théories : 1° la théorie mécanique admise par Bell ; mais outre qu'elle est incomplète, elle n'explique pas la prolifération osseuse produite dans le vide postérieur ; 2° la théorie organique mise en avant par Hunter et reprise par Tomes, dans laquelle la résorption serait produite par de larges cellules rappelant les cellules à myéloplaxes de Robin ou cellules géantes myéloïdes de Kolliker. Mais cette théorie n'explique pas pourquoi ces cellules apparaissent au moment où la pression s'exerce et pourquoi elles s'attaquent exclusivement à l'os, enfin pourquoi elles disparaîtraient aussi facilement la pression cessant, car nous connaissons tous, pour les avoir observées, leur facilité et leur persistance à récidiver dans les cas d'épulis ; enfin si ces cellules détruisent, comment se fait-il que l'apophyse alvéolaire y conserve son épaisseur? 3° la théorie de l'ostéité raréfiante et condensante en même temps émise par le Dr Redier, de Lille ; c'est en somme la théorie admise, mais si elle est vraie pour l'os proprement dit muni d'un périoste normal, comment l'appliquer à notre

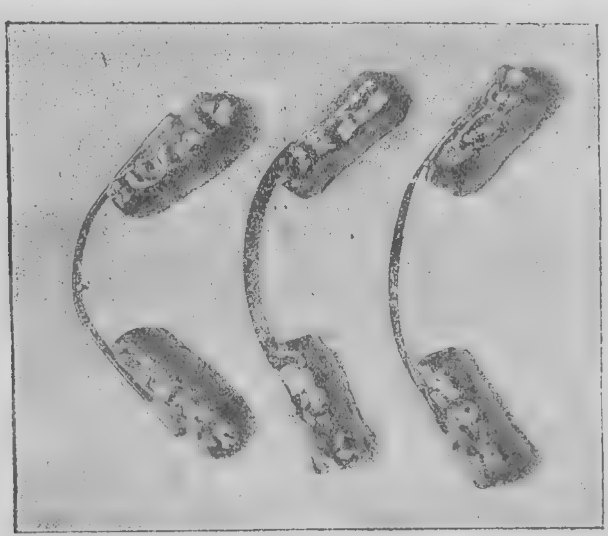
péri-cément, périoste modifié dans ses éléments morphologiques et dans ses fonctions ultimes ?

Si vous admettez au contraire la compression et la dilatation des cellules, vous arriverez à cette conclusion que le redressement d'une dent sera d'autant plus rapide que le sujet sera enfant ou adolescent ; en effet, l'âge a l'inconvénient dans ce cas de rendre les os plus denses et plus résistants. Nous ne nous chargerions pas volontiers d'entreprendre un redressement chez un sujet de trente ans. Ici encore l'observation des faits de la pratique vient corroborer la théorie que j'émets.

Dans ces conditions comment devra agir l'appareil ? Evidemment si nous n'avons affaire qu'à une dent isolée, force nous sera d'agir sur la dent; mais s'il y en a plusieurs, nous devrons agir sur l'os, du moins sur l'apophyse alvéolaire, c'est-à-dire cette portion du maxillaire qui recouvre les racines depuis l'apex jusqu'au collet. En effet, un fait vient à l'appui de cette idée, c'est que si vous employez l'appareil extenseur de Francis Jean en faisant porter le point d'appui au niveau des prémolaires et des molaires sans toucher aux incisives, vous observerez un écartement de ces dernières. Eh bien ! cet écartement il vous sera impossible de l'expliquer avec la théorie de l'ostéite raréfiante et condensante.

Ces prémisses posées, si nous examinons maintenant quels appareils nous avons à notre disposition, nous trouvons : 1° la gouttière en caoutchouc ou en argent estampé ; mais cet appareil agit surtout sur les incisives et les canines ; 2° le ressort de Coffin et la plaque à ressort de Talbot, ces deux derniers plus spécialement destinés à la dilatation surtout au niveau des molaires ; 3° le Jack's screw, mais il est d'une application malaisée surtout pour les grosses molaires. On peut d'ailleurs leur faire deux reproches à tous, quoiqu'ils rendent de grands services : le premier, d'ordre technique, c'est d'agir sur les dents pour écarter l'os ; le second, d'ordre physique, c'est d'être gênants pour la langue en entravant la parole et la mastication.

Mais si, au lieu d'agir à l'intérieur par pression, on agit de



l'extérieur par traction, les conditions seront tout autres : plus de gêne pour la langue, possibilité de prendre le

point d'appui sur le maxillaire lui-même, enfin facilité de modifier la hauteur de l'articulation. Ces conditions posées, quelle devra être la forme de l'appareil répondant à ces desirata? Eh bien! elle sera très simple: application du point d'appui à l'intérieur de l'arcade; application de la force en dehors de l'arcade et pour relier la force au point d'appui une gouttière en argent estampé coiffant les molaires; c'est tout. Quant à la force, elle est produite par une lame d'acier fixée dans une coulisse soudée à chaque gouttière, ce qui permet de la changer pour la mettre plus ou moins forte. Je me suis servi des ressorts vendus chez les horlogers sous le nom de ressorts pour réveille-matin américains; ce sont les plus forts sous un petit volume, ils ont de 5 à 9 millimètres de large sur 6/10es de millimètre d'épaisseur. J'ai employé aussi en dernier lieu ces fines tiges d'acier qui servent de monture aux parapluies et qui ont de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de diamètre.

J'ai retenu longtemps votre attention, messieurs, avec un sujet un peu abstrait et je vous remercie de m'avoir écouté; j'ai surtout voulu, avec le désir de doter notre arsenal d'un nouvel appareil, vous montrer ce que peut l'initiative soutenue par l'observation, et vous montrer en même temps combien il est utile de ne pas accepter toujours une théorie toute faite, mais bien de chercher personnellement le pourquoi et le comment des choses.

Que votre champ soit petit, j'y consens; mais qu'il soit cultivé par vous-même.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Assemblée générale annuelle du* 21 *juillet* 1903.

Présidence de M. Choquet.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2. — L'adoption des procès-verbaux des séances du 7 avril, du 5 mai, des 9 et 23 juin, est reportée à la séance d'octobre.

### I. — Observation et étude sur les calculs salivaires du canal de Warthon, par M. E. Cardon, licencié ès sciences naturelles, chirurgien-dentiste a Flers.

*M. Sautier* (de Mantes) donne lecture de ce très intéressant mémoire qui a été publié dans *L'Odontologie* du 15 août 1903, page 171, et qui, en l'absence de son auteur, ne peut être soumis à la discussion.

### II. — Procédé de fixation des obturations de porcelaine par des crampons de platine, par M. Boesch, de Genève.

*M. Ott* donne lecture du travail qui a été publié dans *L'Odontologie* du 15 septembre 1903, page 273. Ce travail a vivement intéressé les membres présents, mais, en l'absence de son auteur, il n'a pu être discuté.

### III. — Rapport du secrétaire général, Dr Friteau.

Ce rapport, dont la publication a été faite dans *L'Odontologie* du 15 août 1903, page 149, est mis aux voix et adopté, après une question de *M. Touvet-Fanton,* relative au retard apporté à la publication de sa communication sur l'anesthésie générale par les vapeurs de coryl mélangées à l'air atmosphérique.

*M. Choquet* félicite le secrétaire général de son rapport, et *M. Martinier* adresse des remerciements au bureau tout entier pour l'impulsion vigoureuse qu'il a donnée à la Société.

### IV. — Renouvellement du bureau.

Il est procédé à l'élection du bureau pour la session 1903-1904, bureau dont les fonctions ne commenceront qu'en octobre. Le secré-

taire général, élu pour 3 années en décembre 1902, n'est pas soumis à la réélection.

Le premier tour de scrutin donne les résultats suivants :

Président : MM. Loup, à l'unanimité moins 1 voix.
Vice-présidents : Touvet-Fanton.
Delair, à l'unanimité moins 3 voix.

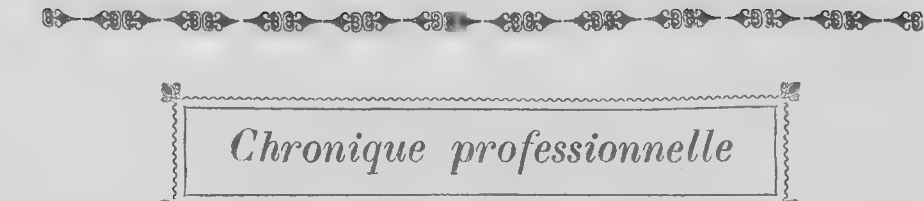
Il est nécessaire de procéder à un second tour de scrutin pour la nomination du secrétaire-adjoint, les voix s'étant également réparties au premier tour entre MM. de Croes et Blatter. Le second tour donne la majorité à M. Blatter.

Le bureau est donc constitué de la façon suivante pour l'année 1903-1904 :

Président : MM. Loup.
Vice-présidents : Touvet-Fanton et Delair.
Secrétaire général : le Dr Friteau.
Secrétaire-adjoint : Blatter.

*M. Lemerle* demande qu'à l'avenir l'assemblée générale ait lieu en octobre. Une discussion s'engage sur la proposition de M. Lemerle : MM. *d'Argent, Martinier, Choquet, Bonnard* font diverses observations, à la suite desquelles le bureau est invité à proposer une modification au règlement ayant pour but de reporter en octobre l'assemblée générale.

*Le Secrétaire général,*
Dr FRITEAU.




*Sous cette rubrique* L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

## PROPOSITION DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

Nous lisons dans le *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine* le texte arrêté par la Commission de la Chambre des députés chargée d'examiner le projet de MM. Astier et Cruppi (M. Cruppi rapporteur) et nous en reproduisons les passages intéressant notre profession.

Art. 6. — Nul, autre que les pharmaciens, ne peut tenir en dépôt, vendre ou distribuer au détail, pour l'usage de la médecine humaine et vétérinaire, aucune substance ou préparation possédant ou à laquelle sont attribuées des propriétés médicamenteuses ou curatives, sauf les exceptions inscrites aux articles 9 et 12.

Art. 9. — L'exercice simultané de la profession de médecin, *chirurgien-dentiste* ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdite, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes, ni aux possesseurs de l'un des diplômes qui, dans l'année de la promulgation de la présente loi, auront effectivement commencé leurs études dans une Faculté de médecine ou dans une Ecole de pharmacie, en vue de l'obtention du second diplôme.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Art. 10. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin, d'une sage-femme, *chirurgien-dentiste* ou vétérinaire diplômé : 1° les médicaments doués de propriétés toxiques ou vénéneuses, qui sont nominalement désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'art. 25 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs ; 2° les médicaments dont une liste spéciale sera dressée par la Commission du Codex.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Art. 11. — L'ordonnance d'un médecin, d'une sage-femme, d'un *chirurgien-dentiste*, ou d'un vétérinaire, devra être rédigée de façon à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance médicale, il devra en délivrer une copie certifiée conforme.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre au nom du pharmacien.

En outre, il sera dressé dans le Codex une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle.

Art. 17. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de *chirurgien-dentiste* ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est puni d'une amende de 100 à 500 fr.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

On sait que depuis une douzaine d'années cette loi fait la navette entre le Sénat et la Chambre des députés, qui n'arrivent pas à se mettre d'accord sur son texte. Etant donné l'opposition que la nouvelle rédaction soulève dans la presse médicale, il y a lieu de penser que nous sommes encore loin de sa promulgation.

L'article 10 nous donne satisfaction, puisqu'il reconnaît aux chirurgiens-dentistes le droit de formuler des ordonnances ; mais nous nous demandons pourquoi, de par l'article 9, l'exercice simultané de *l'art dentaire* et de la *pharmacie* est interdit même aux possesseurs des deux diplômes.

Dans un grand nombre de petites localités, dépourvues de dentistes, cet exercice simultané mettait à la disposition du public des soins qu'il sera dorénavant forcé d'aller chercher au loin, à moins qu'il ne s'en prive.

De même que dans les localités éloignées d'officines les médecins sont autorisés à faire de la pharmacie, il me paraîtrait utile au public que dans les localités éloignées d'un cabinet dentaire les pharmaciens titulaires du diplôme de chirurgien-dentiste pussent exercer simultanément les deux professions.

ED. PAPOT.




# QUELQUES NOTES SUR L'HISTOIRE DES DENTISTES ET DE LA DENTISTERIE

Le XVI^e siècle nous avait laissé un ouvrage sur l'art dentaire, ouvrage imprimé à Leipzig en 1530; le Dr Endelmann[1] nous révèle l'existence d'un second travail, postérieur de 20 ans au précédent (1557), écrit par Francisco Martiny, bachelier. Publié à Valladolid en 152 pages in-8°, ce véritable compendium de la dentisterie au moyen âge porte le titre suivant : *Coloquio breve y cõpedioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca. Con muchos remedeos y avisos necessarios y la orde de curar y adreçar los dientes.* Il est divisé en quatre parties consacrées respectivement : 1° à la description des dents ; 2° aux trois périodes de leur évolution et aux affections qui peuvent les atteindre pendant leur développement ; 3° aux quatre maladies auxquelles elles sont sujettes lorsqu'elles sont complètement développées (neguijon ou carie dentaire, inflammation des gencives, tartre et traumatismes); 4° aux procédés que l'on peut employer, pour mettre ses dents à l'abri de ces différentes affections. Ajoutons-y un chapitre d'instrumentation et quelques gravures, et nous aurons succinctement indiqué la matière de cet ouvrage. Ce petit livre, d'une extrême rareté puisqu'il n'en existe que deux exemplaires, a une valeur considérable au point de vue documentaire.

Il en est de même de certains procès-verbaux que le Dr Dunogier a exhumés dernièrement[2] des registres de la communauté des chirurgiens de Bordeaux. Ceci nous conduit à l'année 1750. La dite communauté se réunissait et faisait passer un véritable examen au candidat chirurgien-dentiste. Voici un de ces procès-verbaux de réception :

« Aujourd'huy quatorze septembre mil sept cent cinquante-quatre, ce seroit rendus dans la chambre de juridiction par billet de convocation messieurs Ballay, lieutenant ; Larrieu, inspecteur ; Faure, prévôt; Grossard, prévôt ; Dubruel, interrogateur ; Gaussens, doyen, et Lejeune, ayant été mandés et ne s'étant pas rendus, et ce, pour interroger le sieur Jacques Laudumiey ; après avoir entendu les répon-

1. *Dental Cosmos*, janv. 1903 et *France méd.*, 25 juin 1903.
2. *France méd.*, 25 déc. 1902.

ses aux questions qui leur ont été proposées par les sieurs sus nommés sur la pratique et l'arrachement des dents, la manière de les arracher et les accidents qui peuvent en survenir, de les remettre autant que de besoin, nettoyer, ôter le tartre, blanchir, plomber et ôter la corruption ; l'Assemblée en a été contente et en conséquence elle a opéré et délibéré et elle l'a ressu comme elle le reçoit dans son acte et lui donne le titre de chirurgien-dentiste juré de ladite ville après avoir ressu son serment en présence de l'Assemblée et luy avons fait expédier ses lettres de maîtrize de chirurgien-dentiste juré de Bordeaux. Fait et passé dans la chambre de juridiction, le jour, mois et an que dessus et ont signé.... etc. »

Ce titre de chirurgien-dentiste fut remplacé quelques jours plus tard par le titre d'expert-dentiste ; de 1754 à 1786, il fut reçu seize experts-dentistes dont une femme ; les procès-verbaux de réception ont été perdus, sauf deux, ceux des sieurs Ponici et Capitany (1754). Mais ces tentations de réglementer l'exercice de l'art dentaire, branche de la médecine, en exigeant certaines connaissances du futur dentiste, n'arrivèrent pas à détrôner le charlatanisme. Le dentiste ambulant, annonçant à grand renfort d'affiches son passage dans une ville, et opérant avec l'autorisation des magistrats de la localité, fut longtemps le seul thérapeute de la bouche de nos pères. Une réclame du sieur Pelletier, affichée en 1750 à Clermont-Ferrand [1], nous montre quels soins il distribuait à ses victimes : « il nettoie les dents... les blanchit si elles sont noires, les répare si elles se gâtent...., les plombe si elles sont creuses, les égalise si elles ne sont pas égales, les raffermit si elles branlent, etc. » Le charlatan ne cherchait donc pas seulement dans l'extraction de la dent le remède à tous les maux dentaires ; il vendait des drogues, pour entretenir la propreté des dents, élexirs, poudres, etc. Il joignait à sa profession de dentiste celle de guérisseur de boutons, rougeurs, taches de rousseur, de pédicure et ici ce détail : « Les personnes du sexe qui ne voudraient pas s'adresser à lui peuvent assurément se confier à son épouse..... ». Enfin il dispensait des secrets importants à ceux qui l'honoraient de leur confiance. On conçoit que le métier de dentiste fût peu considéré, et les charlatans étaient l'objet de railleries continuelles. Néanmoins, quand on souffrait d'une dent, on allait les trouver ; on ajoutait foi à leurs paroles, on achetait leurs drogues, on se faisait arracher des dents et des gencives, et on se consolait de ses douleurs par des chansons où l'on bafouait l'opérateur. Témoin cette petite pièce, qui se chantait sur l'air des Mayeux ou Enneyeux (?) dit le manuscrit :

---

1. *France méd.*, 25 janv. 1903, p. 28.

Voulez-vous pour le mal de dents
Un remède dont on se loue ?
Mettez sans perdre un moment
Votre fesse sur votre joue
Si vous l'y tenez quelque temps,
Vous n'aurez jamais mal aux dents ! [1]

H. CH. FOURNIER.

1. Chansons de M. de Coulange : in *Recueils de Tralage*, tome IV, p. 40. — *France médicale*, 10 juillet 1903, p. 247.



## NOUVELLES

### Mariage de Mlle Viau.

Le mariage de Mlle Alice Viau, fille de M. George Viau, vice-président de la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris, ancien rédacteur en chef de *L'Odontologie*, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. le Dr Lucien Theuveny, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été célébré le mercredi 23 septembre au milieu d'une assistance nombreuse et élégante.

La cérémonie civile a eu lieu à la mairie du 9e arrondissement, à 11 heures du matin, et la bénédiction nuptiale a été donnée en l'église Saint-Louis d'Antin, à midi.

Les témoins de la mariée étaient M. Hocquard et M. Etienne Berne-Bellecour ; ceux du marié, M. Langlois et M. Laplane.

La quête a été faite par Mlles Viau, Godon et Gourdon.

Après la cérémonie une foule empressée, comptant des personnalités politiques, médicales, artistiques, dramatiques, etc., est allée présenter ses félicitations aux parents et aux nouveaux époux.

De nombreux confrères ont tenu à témoigner toute leur sympathie à M. Viau en cette circonstance et étaient présents à la célébration.

Nous adressons pour notre part toutes nos félicitations à M. et Mme Viau et tous nos souhaits de bonheur aux jeunes mariés.

---

### Ecole de mécaniciens-dentistes.

La Société des mécaniciens-dentistes de l'Empire allemand a fondé un institut de mécanique dentaire, 114, Invalidenstrasse, Berlin.

---

### Les professeurs de dentisterie allemands.

On comptait dans toutes les universités allemandes vingt-deux *Dozent* (professeurs libres) et conférenciers de dentisterie. Quatre universités seulement (celles de Berlin, Breslau, Munich et Strasbourg) ont plus d'un professeur. Six de ces *dozent* ont le titre de professeur titulaire (*Professor*).

---

### Cours de perfectionnement des études dentaires.

Le 2 août 1903 s'est tenue au Ministère des Cultes et de l'Instruction publique de Prusse, à Berlin, une assemblée constitutive du *comité des cours de perfectionnement des études dentaires* sous la présidence du professeur Miller.

Les statuts ont été approuvés, le professeur Miller a été élu président, et l'assemblée s'est occupée des mesures propres à répandre les cours de perfectionnement.

---

### Avis.

Nous mettons nos confrères en garde contre les agissements d'une aventurière, qui se présente chez les dentistes pour se faire confectionner un appareil.

Les conditions acceptées et les empreintes une fois prises, elle se retire pour revenir quelques minutes après, en expliquant qu'elle vient de s'apercevoir qu'elle a oublié son porte-monnaie. Elle demande alors à emprunter quelque argent, sous prétexte de factures à payer dans le quartier, etc.

Le signalement de cette personne est le suivant :

Age : 42 à 45 ans.

Boîte légèrement.

Cheveux roux.

Elle porte lorgnon. A une pièce en or de 5 dents, qui est fendue.

---

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

23e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1903 VOL. XXX




**L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# DE L'INTERVENTION DANS LES SUPPURATIONS D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. le Dr MAURICE ROY,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

Un malade se présente, avec ou sans fluxion, mais porteur d'une tuméfaction périmaxillaire d'origine dentaire qui tend à s'abcéder ; quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de la dent cause première des accidents, et vis-à-vis de la collection purulente ?

Faut-il extraire la dent ? A quel moment faut-il l'extraire ? A quel moment, et par quelle voie, par la bouche ou par la peau, faut-il ouvrir la collection purulente ? Telles sont les questions parfois extrêmement délicates que le clinicien est appelé à trancher.

Divers auteurs ont déjà cherché à élucider ces différents points dans des travaux intéressants[1] ; cependant il ne nous

1. Mendel-Joseph, *Sur l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë.* IIIe Congrès dentaire national, Paris 1897.
Sauvez, *De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion.* IVe Congrès dentaire national, Lyon, 1898.

semble pas que le problème ait été assez nettement posé par ceux-ci; et il en résulte qu'actuellement une certaine confusion règne encore à cet égard dans les esprits, non pas seulement parmi les médecins mais même parmi les spécialistes. C'est pourquoi nous voudrions essayer d'apporter un peu de clarté et de méthode dans l'étude de cette question; pour cela nous chercherons à préciser les différents processus pathologiques qui peuvent être observés dans les divers cas, ce qui nous permettra de déterminer des règles générales devant guider l'*intervention dans les suppurations d'origine dentaire.*

I. Causes des suppurations d'origine dentaire. — Nous laisserons de côté les suppurations consécutives aux autres affections buccales pour nous occuper exclusivement des suppurations d'origine dentaire.

Les dents peuvent provoquer des phénomènes septiques s'accompagnant de suppuration dans un certain nombre de cas :

1° Dans les complications de la mortification pulpaire, que celle-ci soit ou non consécutive à la carie;

2° Dans la périodontite expulsive;

3° Dans les accidents d'éruption des dents, et plus spécialement dans les accidents d'éruption de la dent de sagesse.

Le mécanisme des phénomènes infectieux n'est pas identique dans ces trois cas, et, dans chacun d'eux, la suppuration peut se produire par un mécanisme différent; il est donc nécessaire de rappeler succinctement ces différents points de pathogénie.

1° *Mortification pulpaire.* — Dans la mortification pulpaire, les agents infectieux, partis de la pulpe gangrenée, vont infecter par l'ouverture apicale la membrane péri-radiculaire, provoquant de la périodontite, ou périostite des anciens auteurs; c'est cette périodontite qui sera le point de départ secondaire de *toutes* les autres complications de la

mortification pulpaire, et en particulier des accidents de suppuration dont nous nous occupons plus spécialement dans ce travail.

*a*) Sous l'influence de l'infection périradiculaire et des phénomènes qui l'accompagnent, et sur lesquels, pensons-nous, il n'est pas nécessaire d'insister ici, du pus peut se former à l'extrémité de la racine de la dent et au fond de l'alvéole, ces deux points se trouvant, à l'état normal, en contact absolument intime, séparés uniquement par la membrane ou ligament périradiculaire. C'est ce qui constitue l'*abcès alvéolaire*, complication de beaucoup la plus fréquente, et dont nous étudierons plus loin les différentes variétés cliniques.

*b*) Mais, au lieu de provoquer de la suppuration alvéolaire, les agents infectieux, arrivés au ligament radiculaire, peuvent, sous des influences variables (conditions particulières de terrain, d'espèce microbienne, de virulence des micro-organismes) se propager plus particulièrement par la voie lymphatique, et aller, par l'intermédiaire de celle-ci, provoquer soit des accidents infectieux généraux, ce qui est rare d'emblée, soit des accidents infectieux à distance, capables de donner naissance à des suppurations de voisinage (*adénite, adéno-phlegmon,* etc.).

*c*) Enfin, par propagation infectieuse et inflammatoire, généralement sous l'influence d'abcès alvéolaires à répétition, mais quelquefois d'emblée, le corps de l'os maxillaire lui-même peut se trouver intéressé par le processus morbide, et l'on se trouve en présence d'une *ostéo-périostite* du corps du maxillaire, généralement accompagnée de suppuration.

Tels sont les trois modes suivant lesquels peuvent se former des collections purulentes sous l'influence d'une pulpe mortifiée.

2° *Périodontite expulsive.* — La périodontite expulsive (polyarthrite alvéolo-dentaire, pyorrhée alvéolaire) pourrait théoriquement donner naissance à ces mêmes formes du processus de suppuration.

En effet, si l'on fait abstraction de la cause première de la maladie, point encore si controversé, c'est le ligament péri-radiculaire qui, concurremment avec le cément et la paroi alvéolaire, est le siège principal des phénomènes pathologiques dans lesquels l'infection primitive, ou plutôt secondaire, à notre avis, joue un rôle important.

Néanmoins, en raison vraisemblablement de son étiologie, de sa marche ordinairement chronique, cette affection, en dehors de la suppuration conjointe des alvéoles qui l'accompagne d'une façon à peu près constante et que nous laissons volontairement en dehors de notre sujet, ne donne ordinairement lieu qu'à une seule complication nous intéressant : l'abcès alvéolaire.

3° *Accidents de dent de sagesse.* — L'éruption des dents de lait et des vingt-huit premières dents permanentes ne donne généralement lieu à aucun accident infectieux ; il n'y a guère que la dent de sagesse qui fasse exception et puisse donner lieu à la formation de collections purulentes péri-maxillaires, et encore est-ce presque uniquement la dent de sagesse inférieure. Il n'est pas nécessaire d'insister sur les causes bien connues de la fréquence des accidents qui accompagnent l'éruption de cette dent, accidents dus à l'insuffisance de longueur de l'arc maxillaire, en sorte que la dent se trouve comprimée entre la seconde grosse molaire et la branche montante du maxillaire, ce qui entrave son éruption et, en particulier retarde considérablement son dégagement complet du capuchon muqueux qui la recouvre au moment où elle apparaît à l'extérieur.

Il importe par contre de bien préciser la pathogénie de ces accidents. En effet, ils ne sont dus en aucune façon, comme on l'avait longtemps pensé, à des phénomènes de compression de la dent ; c'est ainsi que Heidenreich, auteur d'une thèse bien connue sur les accidents de la dent de sagesse [1], disait :

« Les accidents (osseux) dont nous allons aborder l'histoire

1. Heidenreich, *Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.* Thèse d'agrégation, 1878.

peuvent être dus à la simple extension de l'inflammation des parties molles, *mais plus souvent ils se développent d'emblée par suite des obstacles que les parties dures opposent à la sortie de la dent de sagesse.* »

Cette compression, à elle seule, ne peut amener que des accidents relativement insignifiants et surtout non infectieux, telle l'exostose radiculaire qui s'observe presque toujours sur les dents ayant présenté une anomalie de direction par insuffisance de place, ainsi que nous l'avons signalé autrefois [1].

Ainsi que cela a été démontré (Redier et Cornudet [2]), la condition *sine qua non* pour qu'éclatent des accidents dits de dent de sagesse, c'est que cette dent ait traversé la gencive et qu'elle soit en contact avec l'extérieur par un orifice si petit soit-il. On peut même dire que, plus l'orifice est petit, plus les accidents sont fréquents et graves. En effet, la gencive n'adhère pas à la couronne de la dent, en sorte que, entre celle-ci et la face inférieure du capuchon de gencive qui la recouvre, existe, tant que la dent n'a pas percé la gencive, une cavité virtuelle. Cette cavité virtuelle ne tarde pas à devenir réelle lorsque, ce capuchon de gencive se trouvant percé, les liquides buccaux, les produits de desquamation épithéliale, les débris alimentaires, pénètrent entre le capuchon de gencive et la dent.

Toutes ces substances éminemment altérables ne pénètrent pas seules, les micro-organismes si nombreux de la bouche les y accompagnent, et des fermentations se produisent là d'une façon d'autant plus active que cette dent, se trouvant à l'extrémité de l'arc maxillaire, est soumise beaucoup moins que toute autre au nettoyage mécanique exercé par l'attrition alimentaire.

Dans ces conditions, on comprend que la moindre excoriation de la muqueuse pourra s'accompagner immédiatement d'accidents infectieux souvent très intenses, surtout si elle coïncide avec quelque cause de rupture d'équilibre

1. Maurice Roy, *Deux cas d'éruption tardive*. Odontologie, 1896.
2. Cornudet, Thèse de Paris, 1886.

dans l'état de résistance de l'individu, ce qui s'observe fréquemment dans cette catégorie d'accidents.

Il résulte donc de ces considérations que le point de départ des accidents de dent de sagesse est toujours la gencive, et que, par conséquent, on ne doit pas dire que la dent de sagesse détermine, comme le pensait Heidenreich, des *accidents muqueux, ou des accidents osseux d'emblée*, mais bien *des accidents toujours muqueux au début, pouvant devenir ensuite osseux par propagation.* L'accident initial est l'inflammation du capuchon muqueux suivie fréquemment de phlegmon gingival.

Cependant, comme nous venons de l'indiquer, les accidents peuvent ne pas se borner à cette phase muqueuse : en effet, en raison de la texture de la gencive (fibro-muqueuse), de ses rapports intimes avec le maxillaire, il ne tarde pas à se produire, par propagation, de la périostite de cet os avec le cortège habituel des accidents consécutifs à cette manifestation pathologique, et en particulier des collections purulentes plus ou moins considérables allant se faire jour à des distances plus ou moins éloignées du point de départ de l'infection.

Toutefois, l'infection gingivale peut ne pas suivre cette marche qui est cependant la plus ordinairement observée. Sous les mêmes influences que celles que nous indiquions au sujet des complications résultant de la mortification pulpaire (conditions particulières de terrain, d'espèces microbiennes ou de virulence de celle-ci), le processus infectieux peut se propager par la voie lymphatique et donner naissance, dans les mêmes conditions que le cas que nous avons déjà envisagé, soit à des accidents infectieux généraux, soit à des accidents infectieux de voisinage pouvant s'accompagner de suppuration (adénite, adéno-phlegmon, etc.).

II. Formes cliniques des suppurations d'origine dentaire. — Ayant ainsi passé en revue les différentes causes de suppuration d'origine dentaire, nous allons étudier maintenant les différentes formes sous lesquelles les

collections purulentes ainsi développées peuvent se présenter cliniquement.

Mais, auparavant, nous voudrions dire quelques mots d'un phénomène pathologique qui accompagne souvent toutes les suppurations aiguës d'origine dentaire, et qui se trouve trop souvent confondu, à notre sens, avec l'affection qu'il accompagne : nous voulons parler de la *fluxion*.

La fluxion, étymologiquement parlant, est la congestion, l'hyperhémie locale, et ce mot est considéré comme synonyme du terme tuméfaction. Cependant on réserve plus particulièrement le nom de *fluxion dentaire* à un gonflement œdémateux plus ou moins considérable de la joue. Or il est indispensable, pour avoir une juste compréhension des choses, de réserver le terme de fluxion uniquement à la manifestation pathologique à laquelle il appartient, sans l'étendre abusivement, comme cela a été fait trop souvent par nombre d'auteurs, à des affections très notablement différentes : abcès alvéolaires, adéno-phlegmons, etc.

Cette confusion tient, pensons-nous, à une méconnaissance de la nature réelle de la fluxion, qui est décrite comme « *une infiltration albumineuse du tissu cellulaire, susceptible de devenir phlegmoneuse par transformation en pus de la sérosité albumineuse*[1] ».

---

1. Voici la description de la fluxion d'après Magitot.

« La fluxion à forme œdémateuse se caractérise par l'infiltration albumineuse du tissu cellulaire qui, de feutré qu'il était, devient lâche et se pénètre d'une masse tremblotante, gélatiniforme. Seulement au milieu de ces éléments on n'observe aucune altération de substance, aucune modification du diamètre et du contour des vaisseaux, aucune trace de leucocytes. Elle a pour physionomie particulière de se produire avec une extrême rapidité, en quelques heures par exemple, et de se dissiper parfois avec la même rapidité. » (Magitot, *Fluxion dentaire. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

L. Frey adopte sur ce point l'opinion de Magitot et donne de la fluxion une description analogue dans son *Manuel de pathologie des dents et de la bouche*, Paris, 1896.

« La fluxion est un gonflement des parties molles de toutes les régions qui avoisinent la dent malade. Elle peut être gingivale ou faciale. Qu'est-elle au point de vue anatomo-pathologique ?

» C'est une inflammation des parties molles à degrés différents, depuis le simple œdème jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus. Il ne faut pas croire que la fluxion est une infiltration de gaz développée au niveau d'une cavité ca-

Nous prétendons que la suppuration, lorsqu'elle accompagne la fluxion, n'est pas due à une transformation, à une modification de celle-ci, par transformation en pus de la sérosité albumineuse, mais qu'elle est due à une affection concomitante, le plus souvent un abcès alvéolaire.

Pour nous, *la fluxion est simplement un œdème, une infiltration du plasma sanguin dans le tissu cellulaire de la face, par oblitération d'une veinule alvéolaire ou faciale consécutive à une phlébite septique.*

La fluxion peut exister seule, sans foyer purulent collecté, ce qui est admis par tous les auteurs ; mais elle peut aussi, et cela se produit fréquemment, accompagner d'autres manifestations infectieuses d'origine dentaire, particulièrement les abcès alvéolaires. Mais, dans ce cas, on se trouve en présence de deux manifestations pathologiques distinctes, quoique ayant une origine commune : l'infection d'origine dentaire. Il convient donc de différencier très nettement ces phénomènes pathologiques les uns des autres, sous peine de voir donner le nom de fluxion à tout gonflement de la joue, et de voir ranger ainsi sous une même dénomination les syndromes pathologiques les plus divers : fluxion simple, abcès alvéolaires, adéno-phlegmons, kystes du maxillaire, etc., toutes manifestations ayant, comme nous l'avons montré, une pathogénie très notablement différente.

Si nous insistons autant sur cette différenciation, c'est

---

riée au quatrième degré ; s'il y avait des gaz, on sentirait une crépitation emphysémateuse, gazeuse, ce qui est relativement rare.

» Donc, dans le tissu cellulaire infecté par la dent malade (infection ayant toujours pour centre d'action le point de passage au travers de l'alvéole), il y a d'abord infiltration de sérosité albumineuse ; ici, aucune altération de la substance ; caractère particulier : se produit avec une extrême rapidité, en quelques heures, et se dissipe parfois de même, puis transformation possible en une masse tremblotante, gélatiniforme, qui elle-même peut plus ou moins se transformer en pus. Donc la fluxion peut être simplement œdémateuse ou peut devenir phlegmoneuse. Si le phlegmon reste circonscrit, c'est l'abcès dont nous allons parler. Mais quelquefois la fluxion prend les caractères du phlegmon diffus ; la collection purulente franchit les plans musculaires et aponévrotiques, et c'est ainsi qu'on constate des fusées purulentes épouvantables jusqu'à la fosse temporale, la partie supérieure du cou, le voisinage de la clavicule, la fourchette du sternum. »

qu'elle n'a pas seulement pour but de préciser un point pathologique, mais qu'elle a pour conséquence, comme nous le montrerons par la suite, une différenciation très nette de l'intervention suivant la nature de la manifestation pathologique en présence de laquelle on se trouve.

Comme on l'a vu par l'exposé des causes de suppuration, on peut observer dans la bouche, à la suite d'infections d'origine dentaire, des collections purulentes de siège et de nature variés. Nous allons donc, après avoir exposé les quelques considérations ci-dessus au sujet de la fluxion, indiquer les caractères particuliers de chacune de ces collections purulentes.

1° *Abcès alvéolaire.* — L'abcès alvéolaire est de beaucoup la forme la plus fréquente de suppuration que l'on observe. Comme nous l'avons indiqué, la membrane périradiculaire se trouvant infectée par l'intermédiaire de la pulpe gangrenée, du pus se forme à l'extrémité de la racine entre l'alvéole et la dent constituant l'abcès alvéolaire. Ce pus ainsi collecté se comportera différemment suivant les cas ; l'abcès alvéolaire sera en effet :

*a*) intra-alvéolaire ;

*b*) gingival

*c*) cutané ;

suivant la direction prise par le pus dans sa marche vers l'extérieur.

*a*) Dans la première forme, la plus simple, le pus se creuse une loge dans l'alvéole en nécrosant plus ou moins la partie la plus profonde de celui-ci ; ces abcès sont ordinairement ceux qui ont une marche chronique d'emblée ; le pus dans ce cas s'écoule facilement par le canal radiculaire de la dent.

*b*) Dans la forme gingivale le pus, formé en abondance au fond de l'alvéole et ne pouvant trouver une issue par le canal radiculaire oblitéré par une cause quelconque, nécrose la paroi alvéolaire interne ou externe (plus fréquem-

ment l'externe à cause de son épaisseur moindre). Cette paroi nécrosée laisse alors passer, par un orifice plus ou moins large, le pus intra-alvéolaire qui vient sec ollecter à la face externe du bord alvéolaire dans le tissu cellulaire sous-muqueux, constituant ainsi le type classique d'abcès dit en bouton de chemise. Le pus s'accumulant distend la muqueuse qui se sphacèle, et l'abcès vient s'ouvrir dans la cavité buccale, dans le sillon vestibulaire gingivo-labial ou gingivo-jugal. Dans les abcès évoluant vers la paroi alvéolaire interne les phénomènes sont identiques, sauf que, après la nécrose alvéolaire, le pus se collecte non plus dans le tissu cellulaire, mais entre le bord alvéolaire et la fibro-muqueuse qu'il décolle, et l'abcès s'ouvre dans un point généralement assez voisin de l'extrémité radiculaire.

*c*) Mais il peut arriver que le pus, collecté dans le tissu cellulaire à la face externe de l'alvéole, ainsi que nous venons de le voir, n'ait pas de tendance, soit en vertu des lois de la pesanteur, soit par toute autre cause, à évoluer du côté du sillon gingival ; il s'accumule alors en décollant les tissus dans un point plus ou moins éloigné de son origine, et vient faire saillie du côté de la peau qu'il sphacèle, donnant naissance à une fistule cutanée.

Cette forme cutanée de l'abcès alvéolaire s'observe plus particulièrement à la mâchoire inférieure, où le pus est entraîné par la pesanteur dans une direction opposée à la muqueuse. Cependant la pesanteur à elle seule ne suffit pas à expliquer cette marche anormale de l'abcès, qui, sans cela, s'observerait d'une façon constante à la mâchoire inférieure ; d'autres causes essentielles viennent se surajouter à cette condition primordiale prédisposante : 1° la longueur exagérée des racines, siège de l'altération initiale et, par conséquent, la profondeur de la collection primitive qui se trouve plus rapprochée de la peau que de la muqueuse ; — 2° la brièveté du sillon gingivo-jugal qui aboutit au même résultat ; — 3° l'épaississement inflammatoire de la muqueuse de la même région par suite d'abcès antérieurs ; — 4° l'influence exercée par certaines insertions musculaires et aponévroti-

ques ; le plus souvent plusieurs de ces causes se trouvent combinées.

Quoi qu'il en soit de cette marche spéciale, la forme cutanée de l'abcès alvéolaire ne diffère aucunement de la forme gingivale, si ce n'est par le point où le pus va se faire jour.

Nous laisserons volontairement de côté, dans ce travail, les kystes alvéolo-dentaires qui peuvent suppurer, car il s'agit là d'une affection spéciale qui nécessiterait des conditions particulières, de nature à nous entraîner hors du cadre que nous nous sommes tracé.

2° *Phlegmon gingival.* — Le phlegmon gingival ne présente rien de bien particulier à signaler ; sous l'influence des causes indiquées aux accidents de la dent de sagesse, la fibro-muqueuse, qui recouvre la dent en partie, s'enflamme, donnant naissance à un phlegmon gingival, mais fréquemment le processus infectieux ne se localise pas à la gencive et s'étend à l'os sous-jacent.

3° *Ostéo-périostite du maxillaire.* — Dans l'abcès alvéolaire, comme on l'a vu, les lésions ne restent pas limitées à la dent et aux parties molles, l'os maxillaire, lui aussi, se trouve intéressé, mais les altérations sont en général très restreintes et, dès que le pus a une ouverture suffisante, le processus inflammatoire s'arrête, en ce qui concerne l'os, dont les lésions sont d'ordinaire très nettement limitées au bord alvéolaire seul et même le plus souvent à une faible portion de celui-ci. Aussi nous ne rangerons pas cette ostéite dans la catégorie de suppuration dont nous allons parler, car l'ostéite dans ce cas n'est qu'un épiphénomène de l'abcès alvéolaire. Mais il est des cas où la lésion osseuse acquiert une tout autre importance ; en effet, sous l'influence soit d'une diminution de résistance du terrain organique, soit d'une virulence particulière de l'infection, l'ostéite, qui accompagne l'abcès alvéolaire, peut ne pas se limiter à une portion étroite de la paroi alvéolaire, elle peut intéresser cette paroi dans toute son étendue, entraînant sa nécrose, qui s'accompagne d'une suppuration abondante jusqu'à la chute du séquestre.

Il n'est pas rare non plus, dans les accidents de dent de sagesse, de voir les lésions inflammatoires de la muqueuse se propager au maxillaire sous-jacent, y déterminant une ostéo-périostite, avec un foyer de suppuration parfois étendu qui peut se terminer par une nécrose plus ou moins considérable de la portion alvéolaire. Le séquestre tarde parfois à se mobiliser, entraînant alors une suppuration prolongée.

Enfin, sous l'influence d'abcès à répétition, ou d'emblée même quelquefois chez des sujets prédisposés, les tuberculeux en particulier, l'inflammation osseuse peut, dans l'un ou l'autre des cas ci-dessus, ne pas se limiter à la portion alvéolaire de l'os : elle peut le gagner dans sa portion basilaire et sur une étendue parfois considérable. Cette ostéite s'accompagne d'ordinaire de collections purulentes se faisant jour soit par la voie cutanée, soit par la voie buccale, soit aussi par les deux à la fois.

4° *Adénite, adéno-phlegmon.* — Comme nous l'avons vu, l'infection, partie de la dent, peut se propager par le système lymphatique : elle peut déterminer des lymphangites diffuses le plus généralement sans localisation précise, sur lesquelles M. Sebileau a appelé l'attention il y a quelque temps [1], et dont le type est représenté par l'affection dénommée improprement angine de Ludwig. Mais nous ne nous occuperons pas de cette catégorie d'accidents qui ressortissent plutôt à la septicémie générale que de la septicémie locale, et où le pus, quand il y en a, ne se collecte pour ainsi dire pas.

En dehors de ces manifestations particulièrement graves et rares heureusement, l'infection peut intéresser d'autres régions lymphatiques, les ganglions en particulier.

C'est ainsi qu'on observe fréquemment des indurations ganglionnaires à la suite d'infections d'origine dentaire ; toutefois ces adénites suppurent rarement, et seulement lorsqu'elles affectent un caractère de chronicité, chez les

1. P. Sebileau, *Des différentes formes de septicémie buccale. Odontologie*, 1901, vol. XXVI, p. 227. *Presse médicale*, 1901.

individus prédisposés, tuberculeux le plus communément. Les ganglions qui sont le plus souvent intéressés sont surtout les ganglions sous-maxillaires, quelquefois les ganglions sus-hyoïdiens médians dans le cas d'altération de dents antérieures, et enfin, plus rarement, les ganglions cervicaux ou le ganglion massétérin.

Toutefois, sous des influences diverses : diminution de résistance du terrain organique, virulence particulière des micro-organismes, l'adénite peut suivre une marche suraiguë, s'enflammant avec une telle violence que le tissu cellulaire péri-ganglionnaire s'enflamme presque en même temps, constituant ainsi un adéno-phlegmon avec formation d'une collection purulente dans la région sous-maxillaire ; ce sont les ganglions de cette région qui donnent le plus souvent lieu à cette forme particulière de l'infection lymphatique.

Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, les mêmes accidents peuvent avoir pour point de départ les ganglions sous-hyoïdiens médians.

5° *Sinusite.* — Enfin, nous ne pouvons terminer cette énumération des suppurations d'origine dentaire, sans dire un mot des sinusites maxillaires qui sont dues, dans la très grande majorité des cas, à une infection d'origine dentaire, origine et fréquence qui s'expliquent facilement, comme on le sait, par les rapports intimes des racines de plusieurs dents avec le plancher du sinus maxillaire.

Cette sinusite constitue à elle seule, malgré son origine dentaire, une entité morbide bien définie ; aussi croyons-nous n'avoir pas à nous étendre davantage à son sujet, sous peine d'étendre à l'infini ce travail déjà long.

Les différentes formes de suppuration que nous venons d'exposer ne se rencontrent pas avec une égale fréquence chez les individus. C'est ainsi que l'abcès alvéolaire est de beaucoup la forme de suppuration la plus commune. D'autre part, il existe une différence très notable entre la mâ-

choire supérieure et la mâchoire inférieure au sujet de la fréquence de certains accidents.

Si l'abcès alvéolaire se rencontre avec une égale fréquence à l'une et à l'autre mâchoire, nous avons vu que la forme cutanée, la forme la plus grave de cet abcès, s'observe presque exclusivement à la mâchoire inférieure.

En outre, en dehors de la sinusite, qui est tout à fait spéciale, et pour cause, aux dents de la mâchoire supérieure, toutes les autres formes de suppuration sont causées avec infiniment plus de fréquence par les dents de la mâchoire inférieure que par celles de la mâchoire supérieure.

Donc, d'une façon générale, et en dehors de la sinusite, les infections des dents de la mâchoire supérieure provoquent, moins fréquemment que les dents de la mâchoire inférieure, la formation de collections purulentes péri-maxillaires.

III. De l'intervention en général. — L'intervention, dans les cas de suppuration d'origine dentaire, comporte deux indications : l'une concernant la collection purulente, l'autre concernant la dent cause primitive des accidents. Nous allons voir la conduite à tenir à un point de vue général pour l'un et pour l'autre de ces deux points.

1° *La collection purulente.* — Des différentes considérations que nous venons d'exposer, nous pouvons déduire certains faits généraux devant servir de guide dans l'intervention quant à l'évacuation de la collection purulente.

En effet le pus — nous disons le pus et non l'infection — peut avoir une origine différente suivant la nature de l'infection en présence de laquelle on se trouve :

1° Le pus peut être développé uniquement dans la *gencive* comme dans le phlegmon gingival ;

2° Il peut être exclusivement *intra-alvéolaire* : c'est ce qui existe dans l'abcès alvéolaire se faisant jour uniquement par le canal radiculaire ;

3° La collection purulente peut être *péri-alvéolaire* et avoir son siège primitif à la face externe de la paroi alvéolaire externe ou interne. C'est ce qui se produit dans l'abcès alvéolaire, que celui-ci tende à s'ouvrir du côté de la gen-

cive ou du côté de la peau. C'est également ce qui se passe dans l'ostéo-périostite lorsqu'elle est limitée à la portion alvéolaire du maxillaire ;

4° La collection purulente peut avoir son origine dans la *portion basilaire du corps du maxillaire ;* c'est ce qui existe dans les ostéites intéressant l'os sur toute sa hauteur, avec la possibilité, dans ce cas, d'avoir un foyer s'étendant en même temps jusqu'à la portion alvéolaire ;

5° Enfin la collection purulente peut siéger à la *face inféro-interne du maxillaire :* c'est ce qui se produit dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire ou dans l'adéno-phlegmon sous-hyoïdien médian, où le pus se trouve situé dans une loge limitée, d'une part par la face interne du bord inférieur du maxillaire, et, d'autre part, par le muscle mylo-hyoïdien, dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, et le muscle génio-hyoïdien, dans l'adéno-phlegmon sous-hyoïdien médian.

En résumé, quel que soit le point où le pus a eu la possibilité de se faire jour secondairement, deux grandes divisions peuvent donc être établies : *ou bien le pus prend son origine au niveau de la portion alvéolaire du maxillaire,* comme dans le phlegmon gingival, l'abcès alvéolaire et l'ostéite du bord alvéolaire, *ou bien il prend cette origine au niveau de la portion basilaire inférieure ou inféro-interne de cet os,* c'est ce qui existe dans l'ostéite du corps de l'os et dans l'adéno-phlegmon.

De ces considérations, découlent des indications générales très nettes quant au siège par où devra se faire l'évacuation de la collection purulente.

*On devra ouvrir du côté de la bouche toute collection purulente prenant son origine au niveau de la portion alvéolaire du maxillaire.* Par contre *on devra ouvrir du côté de la peau toutes celles prenant leur origine au niveau de sa portion basilaire inférieure ou inféro-interne.*

2° *La dent.* — En ce qui concerne la dent, ce sont plutôt des indications spéciales à chaque forme en particulier qu'il

conviendrait de développer; néanmoins on peut formuler quelques indications générales.

L'extraction de la dent est indiquée dans toutes les suppurations d'origine dentaire, en tant que moyen de faire disparaître celles-ci, et, un point que nous tenons à établir dès le début, c'est que, sauf de rares exceptions tenant à des conditions particulières que nous verrons plus loin, *cette extraction peut être pratiquée à quelque moment que ce soit du processus de suppuration.* Cette opération cependant est ordinairement plus douloureuse à la période aiguë qu'à la période de refroidissement, d'autant plus que l'anesthésie locale ne donne, à la période aiguë, que des résultats très aléatoires. Toutefois, l'extraction n'est pas toujours obligatoire, d'autres moyens pouvant, dans certains cas, donner les mêmes résultats sans comporter la perte d'un organe dont la disparition est toujours fâcheuse au point de vue fonctionnel. La suppression de la dent peut, d'autre part, tout en étant utile pour éviter le retour des accidents observés, n'avoir aucune influence immédiate sur la disparition de la collection purulente.

Si, maintenant, on considère plus particulièrement l'influence de l'extraction de la dent sur la marche de la suppuration, on peut dire d'une façon générale que, tant que le pus n'est pas collecté, l'extraction de la peut peut avoir une influence d'arrêt immédiat sur le processus infectieux qu'elle entraîne. Si au contraire du pus est collecté, cette influence d'arrêt immédiat est à peu près négative, si ce n'est comme moyen d'ouvrir la collection purulente dans l'abcès alvéolaire.

IV. De l'intervention dans chaque cas en particulier. — Nous allons reprendre maintenant chacun des syndromes pathologiques par le mécanisme desquels, comme nous l'avons vu, une dent peut amener des phénomènes de suppuration, et nous allons donner les indications particulières qu'il convient de formuler au sujet de l'intervention dans chacun de ces cas.

*Fluxion.* — Après ce que nous avons dit plus haut au

sujet de la nature de la fluxion, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de revenir longuement sur ce point. Nous ne citons encore là ce phénomène pathologique que pour l'écarter de notre sujet, suivant la définition qui doit, selon nous, lui être attribuée : à savoir que c'est simplement un œdème, une infiltration du plasma sanguin dans le tissu cellulaire de la face, par oblitération d'une veinule alvéolaire ou faciale consécutive à une phlébite septique.

Conséquemment à cette définition, nous écartons donc la fluxion de notre sujet : ce n'est pas un processus entraînant la suppuration, c'est un simple œdème d'origine septique auquel convient le traitement des œdèmes de même nature.

*Abcès alvéolaire.* — Dans l'abcès alvéolaire, les symptômes, au début, ne diffèrent pas de ceux de la périostite, ils sont seulement plus accentués et plus prolongés : douleurs vives et continues, léger allongement de la dent, qui est rencontrée plus tôt que ses voisines dans les mouvements d'occlusion de la bouche ; cette dent est légèrement mobile et extrêmement sensible à la percussion qui donne un son mat ; la gencive, qui est rouge au niveau de la racine, est douloureuse à la pression du doigt ; la dent présente en outre tous les symptômes de la mortification pulpaire (changement de coloration, carie avec ouverture de la chambre pulpaire dans laquelle on pénètre sans provoquer ni douleur, ni hémorragie, et dont le contenu exhale une odeur de putréfaction nettement caractérisée). En dehors des complications possibles, le seul symptôme de la mortification pulpaire sans carie préalable est le changement de coloration de la dent.

A cette période, l'extraction de la dent permet d'arrêter immédiatement les phénomènes pathologiques ; mais cette extraction n'est pas l'unique remède à leur opposer. L'ouverture large de la chambre pulpaire et des canaux de la dent, et leur désinfection ultérieure, permettront, dans la majorité des cas d'obtenir le même résultat en donnant accès à l'extérieur aux produits pathologiques alvéolaires par l'ouverture apicale de la racine.

Mais, lorsque le traitement approprié n'a pas été institué dès le début, le pus, sauf dans certains abcès à allure chronique, ne reste généralement pas uniquement intra-alvéolaire.

Il nécrose et perfore la paroi alvéolaire, généralement l'externe plus mince, et vient se collecter à la face externe de cette paroi dans le tissu cellulaire sous-muqueux. A ce moment les phénomènes précédents continuent, mais en diminuant d'intensité à partir du moment où le pus a traversé la paroi alvéolaire, et un nouveau phénomène apparaît : c'est la tuméfaction, le gonflement plus ou moins prononcé de la muqueuse dans le sillon gingivo-jugal ou gingivo-labial. Ce gonflement, quelquefois limité, est d'autres fois considérable, formant une énorme tuméfaction fluctuante qui remplit tout le sillon gingival et qui soulève la lèvre ou la joue dont la déformation est visible à l'extérieur. Si l'on n'intervient pas, la muqueuse se sphacèle au point culminant, et l'abcès s'ouvre spontanément dans la bouche.

A ce moment, l'extraction de la dent peut amener l'ouverture de l'abcès, soit que celui-ci se vide par l'alvéole, le pus collecté sous la muqueuse refluant par l'ouverture alvéolaire par laquelle il était passé, soit que le traumatisme de l'extraction amène la rupture de la muqueuse tendue par le pus. Toutefois la simple ouverture gingivale de la collection purulente au bistouri peut, tout aussi bien que l'extraction de la dent, suffire à ce moment à calmer la douleur et à amener, au moins momentanément, la disparition de l'abcès. C'est la solution que l'on adoptera de préférence si l'état de la dent permet d'espérer sa guérison et son utilisation ultérieure. On agira également ainsi au cas où l'on voudrait, en raison de l'état général du sujet, réduire l'intervention au minimum et réserver l'extraction pour une opération ultérieure avec anesthésie locale ; celle-ci en effet, cocaïne ou réfrigération, est inefficace en cas d'abcès et, pour pratiquer une opération indolore, il est indispensable de recourir à l'anesthésie générale.

L'ouverture de l'abcès ne doit pas se faire en un point quelconque ; on a vu, par le mécanisme de ces abcès, que le pus vient de la paroi alvéolaire en un point voisin de l'extrémité de la racine: c'est donc vers ce point que doit se diriger l'incision, qui sera faite, par conséquent, non au centre de la tuméfaction, mais en suivant la paroi alvéolaire jusqu'à la rencontre du pus.

L'abcès alvéolaire, arrivé au stade précédent (issue du pus au travers de l'alvéole nécrosé) peut, nous l'avons vu, suivre une évolution différente sous les influences multiples que nous avons indiquées et aller se faire jour du côté de la peau. Dans cette forme, les phénomènes subjectifs sont les mêmes; quant aux phénomènes objectifs, ils diffèrent en ce que la tuméfaction, peu apparente du côté de la bouche, l'est extrêmement du côté de la peau, qui progressivement est gonflée, tendue, dure, et qui, si l'état se prolonge, rougit et se sphacèle en donnant issue au pus. Point important à noter, il existe toujours dans ce cas une relation marquée entre la tuméfaction cutanée et la tuméfaction gingivale, ce qui se perçoit en faisant simultanément le double palper buccal et cutané.

Si le diagnostic de la forme gingivale présente peu de difficulté, il n'en est pas de même de la forme cutanée, qu'il faut différencier de la fluxion simple, de l'adéno-phlegmon et de l'ostéo-périostite du maxillaire. Nous en profitons pour indiquer succinctement ici le diagnostic différentiel de ces diverses affections.

Nous savons d'abord que cette forme à évolution cutanée est extrêmement rare à la mâchoire supérieure, tandis que, sans être fréquente à la mâchoire inférieure, elle n'y est pas absolument exceptionnelle.

La fluxion se distinguera de l'abcès par son apparition soudaine et rapide, parfois sans douleur préalable; le gonflement est œdémateux, moins résistant et beaucoup moins douloureux que dans l'abcès, la peau est pâle et n'a jamais tendance à se sphacéler.

Du côté de la bouche, s'il s'agit d'une fluxion simple, il

n'y a rien du côté de la gencive ou il y a seulement une légère tuméfaction du sillon gingival; s'il s'agit d'une fluxion avec abcès alvéolaire concomitant, on y constate la tuméfaction plus ou moins considérable du sillon gingival caractéristique de cette manifestation; mais cette tuméfaction fluctuante est indépendante du gonflement cutané. Au contraire, dans l'abcès alvéolaire à évolution cutanée, la tuméfaction du tégument externe est en relation généralement manifeste avec la tuméfaction du sillon gingival, ainsi qu'il est facile de le constater en faisant en même temps le palper par la bouche et par la peau, ce qui est le meilleur moyen pour percevoir la fluctuation et se rendre compte du siège et de la direction du pus.

Dans l'adéno-phlegmon, la tuméfaction cutanée occupe un niveau notablement inférieur à celui qu'elle occupe dans l'abcès, du moins dans les formes les plus courantes de celui-ci qui, exceptionnellement, peut fuser dans des points très éloignés. Au lieu d'occuper la région de la joue, comme dans l'abcès alvéolaire, le gonflement, dans l'adéno-phlegmon, siège à la région sus-hyoïdienne ; il en résulte l'effacement total de la saillie que forme normalement le bord inférieur du maxillaire inférieur, ce qui a pour conséquence de supprimer toute ligne de démarcation entre la face et le cou qui se confondent; le gonflement s'étend fréquemment jusqu'à l'angle de la mâchoire, qui, lui aussi, est alors effacé. On conseille dans les cas douteux de tirer une ligne allant de l'angle de la mâchoire à la symphyse du menton; si le gonflement siège au-dessus de cette ligne, c'est un abcès alvéolaire; s'il siège au-dessous, c'est un adéno-phlegmon.

Dans l'adéno-phlegmon, les téguments sont considérablement épaissis, la peau est luisante, généralement plus tendue que dans l'abcès, et la fluctuation, en raison de la situation profonde du pus, n'est nettement perçue qu'à une période très avancée de la maladie. L'adéno-phlegmon peut se compliquer de contracture de la mâchoire lorsqu'il est consécutif à des accidents d'éruption de dent de sagesse;

mais cette complication s'observe dans toutes les inflammations siégeant au niveau de cette dent, ou même parfois au niveau de la seconde grosse molaire.

En dehors de la présence d'une ou plusieurs dents cariées, on ne constate rien dans la bouche en cas d'adéno-phlegmon, pas de tuméfaction du sillon gingival, et aucune corrélation entre ce sillon et le foyer purulent. On peut cependant constater du côté de la gencive une suppuration plus ou moins marquée lorsque l'adéno-phlegmon est sous la dépendance d'accidents d'éruption de dent de sagesse ; mais il est facile, par le palper buccal et le palper cutané combinés, de se rendre compte que le foyer sus-hyoïdien n'a aucun rapport avec la suppuration buccale.

L'ostéo-périostite du maxillaire se distingue par sa marche généralement plus prolongée que celle de l'abcès ou de l'adéno-phlegmon ; elle succède le plus souvent à des abcès à répétition, et, à moins d'être compliquée d'un abcès aigu ou d'un adéno-phlegmon, auquel cas le diagnostic est parfois délicat, elle ne s'accompagne pas d'un gonflement aussi considérable de la joue ; par contre le maxillaire est épaissi et douloureux à la pression dans sa portion basilaire suivant le point et l'étendue de l'os atteint. On peut constater des foyers de suppuration uniquement cutanés ou gingivaux, ou les deux à la fois, foyers présentant un peu les caractères de ceux de l'abcès alvéolaire ; mais, dans ce cas, la marche de l'affection, sa durée plus prolongée, le siège du foyer de suppuration à la partie basilaire de l'os quand le foyer est cutané, la constatation d'un séquestre ou d'une portion d'os dénudée à l'aide d'un stylet introduit par une des fistules s'il en existe, feront écarter le diagnostic d'abcès alvéolaire ; l'ostéo-périostite peut toutefois se confondre dans son évolution avec celui-ci.

L'abcès alvéolaire ou la fluxion pourront parfois faire penser, par le gonflement considérable de la face, à un *érysipèle,* mais le diagnostic se fera par l'évolution différente de la maladie, les symptômes généraux très marqués dans l'érysipèle, le bourrelet érysipélateux, et par l'absence

des signes de l'abcès alvéolaire ou de la fluxion indiquée ci-dessus.

En présence d'un abcès alvéolaire évoluant du côté du tégument cutané, il importe d'éviter à tout prix l'ouverture de celui-ci du côté de la peau, ouverture qui aura fatalement pour conséquence une cicatrice vicieuse de l'effet le plus disgracieux, et une fistule cutanée interminable si la dent n'est pas extraite. Il faut proscrire d'une façon absolue l'emploi de cataplasmes sur la joue, et même de compresses antiseptiques humides, tant que l'abcès n'est pas ouvert de ce côté. Cette proscription du reste s'étend à tous les cas de suppuration buccale dans lesquels cataplasmes ou compresses ne peuvent que favoriser l'évolution du pus vers la peau.

La dent cause de l'abcès sera enlevée, sa conservation ne doit pas être tentée. Si, en effet, une dent, lorsqu'elle présente quelque espoir de guérison peut être conservée en cas d'abcès alvéolaire à évolution gingivale, même au prix d'une petite prolongation de l'abcès, il n'en est pas de même dans la forme cutanée de cet abcès, où il importe de faire disparaître celui-ci au plus tôt, et où, de plus, les causes qui ont amené son évolution particulière apporteraient de sérieux obstacles à la guérison de la dent. Mais l'extraction de la dent ne saurait suffire : il faut ouvrir largement la collection purulente, ouverture qui sera faite en observant les règles indiquées pour la forme gingivale, c'est-à-dire en suivant la paroi alvéolaire externe jusqu'à la pointe de la racine où se trouve le point de départ de l'abcès. Cette ouverture sera faite largement en évitant toutefois de sectionner l'artère faciale ou le faisceau mentonnier du trijumeau, lorsque l'incision devra porter au voisinage de ces organes, mais celle-ci n'aura généralement pas besoin d'être prolongée aussi profondément. *Cette ouverture par la bouche doit toujours être pratiquée* même quand la peau, tendue par l'abcès, paraît prête à céder ; on peut voir se terminer sans complication cutanée de semblables abcès lorsqu'on les ouvre par la bouche. Si l'abcès se vide mal de ce côté, par

suite de l'épaississement des tissus buccaux ou de l'enkystement du pus dans les téguments de la joue, ainsi que cela s'observe quelquefois dans certains abcès chroniques, ou bien si la peau par trop endommagée doit se sphacéler quand même, on pourra toujours recourir ultérieurement à l'incision cutanée ; mais, encore une fois, dans l'abcès alvéolaire, celle-ci ne doit être pratiquée que lorsque l'extraction de la dent et l'incision buccale large se sont montrées insuffisantes pour amener la disparition de la collection cutanée.

Signalons à propos de cette forme d'abcès alvéolaire le traitement des fistules cutanées d'origine dentaire que l'on observe encore assez fréquemment, au menton particulièrement, en raison de la fréquence de la mortification pulpaire des incisives inférieures. Ces fistules reconnaissent pour cause un abcès alvéolaire antérieur. L'unique traitement qui leur convient est l'extraction de la dent cause de l'abcès alvéolaire ; cette extraction, sans aucune espèce d'autre traitement, suffit d'ordinaire à faire disparaître la fistule souvent dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures s'il n'y a pas de complication notable du côté du maxillaire.

*Phlegmon gingival.* — Dans le phlegmon gingival, qui complique parfois l'éruption de la dent de sagesse, l'intervention est extrêmement simple : elle consiste à inciser et à désinfecter soigneusement le foyer septique. Cependant il est important, si l'on veut éviter le retour des accidents et à plus forte raison leur extension au maxillaire sous-jacent, d'en faire disparaître complètement la cause initiale. Nous avons vu que cette cause est, outre l'état septique de la bouche, la présence d'un cul-de-sac gingival recouvrant plus ou moins complètement la dent ; jamais une dent de sagesse, même incomplètement sortie, ne donnera lieu à des accidents si elle est débarrassée complètement de la gencive qui la recouvrait. Par conséquent, l'intervention, pour être complète, doit être suivie de *l'excision totale* de la gencive qui recouvre la dent, excision faite de préférence au thermocautère, et aussi largement qu'il est possible. Bien entendu, cette intervention sera suivie de soins antiseptiques

minutieux de la plaie ainsi créée et de la bouche dans son ensemble.

*Ostéo-périostite du maxillaire.* — Nous avons indiqué, en traitant de l'abcès alvéolaire, les signes diagnostiques de l'ostéo-périostite du maxillaire ; nous n'y reviendrons pas. L'intervention sera variable suivant la portion du maxillaire intéressée. Si c'est la portion alvéolaire de l'os, la conduite à tenir sera identique à celle indiquée pour l'abcès alvéolaire : la collection purulente, sera ouverte par la bouche, si elle ne l'est déjà, l'ouverture cutanée devant, comme pour l'abcès, être évitée à tout prix, et la cavité sera soigneusement désinfectée jusqu'à la mobilisation du séquestre, qui sera alors enlevé. Si celle-ci tardait à se produire, on irait curetter la portion osseuse atteinte par l'ouverture gingivale agrandie. Si la collection purulente n'a aucune tendance à fuser vers la peau, il ne faut pas toujours se presser de sacrifier la dent : celle-ci convenablement traitée (mortification pulpaire ou périodontite expulsive), pourra parfois être conservée avec avantage au point de vue fonctionnel, même après la perte d'une portion alvéolaire relativement étendue. Cette conservation toutefois peut retarder un peu l'élimination du séquestre.

Si la portion basilaire du maxillaire est intéressée, la conduite est très différente : il faut supprimer sans aucune hésitation toutes les dents à pulpe morte de la région. L'ouverture cutanée des collections purulentes existantes, en raison de leur siège situé très bas, pourra rarement être évitée au maxillaire inférieur, d'autant que l'on devra souvent pratiquer également le curettage des parties osseuses atteintes, parfois même des évidements importants de l'os, toutes interventions rarement possibles à pratiquer par la bouche quand c'est la portion basilaire du maxilaire inférieur qui est atteinte. On devra néanmoins, au début, chercher à intervenir par la bouche, ce qui sera possible parfois, même au maxillaire inférieur, lorsque la portion alvéolaire sera, elle aussi, intéressée en même temps que la portion basilaire et qu'un foyer large sera ouvert de ce côté.

*Adéno-phlegmon.* — Comme pour l'ostéo-périostite, nous avons fait le diagnostic de l'adéno-phlegmon en traitant de l'abcès alvéolaire. L'intervention, en ce qui concerne la dent, n'a d'importance qu'au début, où son extraction a quelque chance d'amener la résolution des accidents que l'on pourra tenter de favoriser en adjoignant, à l'extraction de la dent et à l'antisepsie de la bouche, des onctions sur la peau avec l'onguent mercuriel. Mais, lorsque l'adéno-phlegmon est constitué, l'extraction n'est plus susceptible d'amener ce résultat, et si elle s'impose toujours en tant que suppression d'une cause d'accidents septiques graves, c'est l'ouverture de l'adéno-phlegmon qui prime tout. Contrairement à ce qui se passe pour les autres causes de suppuration péri-maxillaire, il ne saurait être question ici d'ouvrir la collection purulente par la bouche ; le pus, en effet, a pour siège la loge sous-maxillaire qui est limitée par le muscle mylo-hyoïdien et la face inféro-interne du maxillaire : cette région est inaccessible par la cavité buccale, si ce n'est théoriquement par le plancher de la bouche à travers le mylo-hyoïdien, opération impraticable. C'est donc toujours par la voie cutanée que doit être ouvert l'adéno-phlegmon, d'où l'importance d'un diagnostic minutieux avec l'abcès alvéolaire, dont les indications sont tout à fait opposées.

Rappelons que le pus, dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, est situé trés profondément, par suite de son siège et surtout de l'épaississement considérable des téguments, qui oblige le plus souvent à traverser une couche de un à deux centimètres de tissu lardacé avant de tomber sur la collection purulente ; celle-ci sera évacuée et son foyer sera curetté pour enlever les débris des ganglions et du tissu cellulaire sphacélés, le traitement ultérieur étant identique à celui des affections analogues.

*Sinusite.* — Un mot, en terminant, à propos de cette affection connexe à notre sujet. Comme on le sait, la majeure partie des sinusites est due à des causes dentaires (mortification pulpaire). En cas de sinusite il ne saurait y avoir

l'ombre d'une hésitation : toutes les dents à pulpe morte seront extraites du côté du sinus intéressé, ce qui amènera l'ouverture du sinus par la voie alvéolaire; mais celle-ci, souvent très petite, même en cas de suppuration considérable, sera très largement ouverte pour assurer, au point le plus déclive, l'écoulement du pus. Quant au traitement ultérieur de la sinusite, nous ne pouvons l'aborder ici, cela sortant de notre sujet, que nous avons restreint strictement au but que nous avons indiqué au début de ce travail.

# TRAVAUX
## du 3me Congrès Dentaire International (1900)

## Contribution à l'étude de l'anesthésie dans les opérations sur les dents. De l'éthérisation à dose dentaire *(suite [1])*.

Par les Drs **Julien Tellier** et **Camille Tellier**, de Lyon.

### IV

En présence d'un patient qui a un nombre plus ou moins considérable de dents ou de racines à extraire, lorsque nous croyons à l'impossibilité d'opérer avec le protoxyde d'azote en une, deux ou au besoin trois séances, nous proposons l'anesthésie générale à l'éther, le seul agent que nous employions pour les opérations de longue durée. Après quelques expériences, nous avons renoncé au bromure d'éthyle et, en ce qui concerne les opérations dentaires, nous proscrivons, d'une façon absolue, l'emploi du chloroforme. Les avantages de l'éther sont reconnus par un très grand nombre de chirurgiens, et ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracés, que de vouloir établir un parallèle entre ces deux agents. Grâce à un certain nombre de précautions, on peut, avec l'éther, se placer dans des conditions de sécurité pour ainsi dire absolue. Il n'en est pas de même avec le chloroforme. Tous les chirurgiens connaissent ces accidents brusques de syncope, survenant au début de l'anesthésie au chloroforme, contre lesquels tous les efforts restent inutiles ; ce seul fait suffit, à notre avis, pour faire rejeter cet agent de la pratique, et si l'éther était passible du même reproche, nous comprendrions les répugnances de certains dentistes à pratiquer l'anesthésie générale : il n'en est heureusement rien.

1. *L'Odontologie* du 30 septembre 1903.

Les accidents dus à l'emploi du chloroforme peuvent se manifester à trois périodes de l'anesthésie : 1° dès le début, aux premières inhalations, par un arrêt brusque du cœur et de la respiration, avec pâleur extrême du visage (asphyxie blanche) ; en réalité, il s'agit d'une syncope, excessivement grave, sur la pathogénie de laquelle nous n'avons pas à discuter ici. Cet accident est le plus souvent mortel, au-dessus des ressources d'une thérapeutique même longtemps poursuivie ; 2° à une période plus avancée, après inhalation d'une quantité plus ou moins considérable d'anesthésique ; ce sont alors des accidents d'asphyxie, avec coloration violacée de la face (asphyxie bleue), suivie bientôt d'arrêt du cœur, si on n'intervient pas d'une façon énergique. Ces accidents sont généralement moins graves que ceux de la période du début, ils ne s'en terminent pas moins, souvent, par la mort. Les statistiques démontrent qu'il y a un cas de mort pour environ 2.000 anesthésies au chloroforme ; 3° enfin, plus tard seulement si l'anesthésie a été très longtemps prolongée, lorsque l'organisme est en quelque sorte saturé par l'agent anesthésique.

Les accidents qu'on observe avec l'éther sont beaucoup moins graves. Ce sont le plus souvent des accidents d'asphyxie, et, si l'on a tenu compte des contre-indications à l'anesthésie générale, toujours curables. La statistique de Gurtl donne un cas de mort pour 26.000 cas d'anesthésie à l'éther ; encore, en ce qui nous concerne, est-il nécessaire de faire remarquer qu'il s'agit là de statistiques provenant d'opérations de toute nature et portant sur des opérés qu'on ne choisit pas. Il est bien évident qu'on ne peut comparer aucun cas d'extractions dentaires aux opérations abdominales, par exemple, ayant duré parfois plusieurs heures, pratiquées souvent sur des malades déjà affaiblis par la maladie, etc.

Nous n'avons à opérer et nous ne devons opérer que des patients bien portants et c'est seulement dans ces conditions que nous pouvons dire que l'anesthésie générale, et dans l'espèce l'anesthésie à l'éther, peut être pratiquée sans danger.

« L'accident qu'il faut redouter, dit Vallas [1], et prévenir en toute anesthésie, c'est la syncope cardiaque. Elle peut être causée par l'éther, comme par le chloroforme : mais le chloroforme est capable de la provoquer dès le début ; avec l'éther, *il faut que l'organisme soit fortement imprégné pour que cette syncope ait des chances de se produire*. De plus, on est prévenu du danger par la syncope respiratoire qui sert de prodrome, et contre cet accident on dispose de moyens efficaces. »

On peut trouver une explication physiologique de cette différence dans des recherches de S. Schmidt [2] sur *les altérations du cœur sous l'influence chloroformique :* nous les citons parce que nous croyons qu'elles ne sont encore signalées dans aucun travail sur l'anesthésie générale. Schmidt a anesthésié au chloroforme des lapins, des chiens et des singes, une ou plusieurs fois, et a noté chez ces animaux des altérations des ganglions cardiaques. Ces altérations sont plus prononcées chez les lapins et les chiens que chez le singe, et plus marquées chez les animaux qui ont été soumis plusieurs fois à la narcose que chez ceux qui n'ont été chloroformisés qu'une fois. Quant à la nature des lésions, elles ressemblent aux altérations cadavériques, ce qui serait, d'après Schmidt, l'indice de la production de troubles nutritifs généraux, plutôt que de l'action locale du chloroforme. Chez des animaux témoins soumis à la narcose avec l'éther, on n'a constaté aucune lésion ganglionnaire.

Nous ne voulons pas, avons-nous dit, entrer dans la discussion des avantages et désavantages comparés de l'éther et du chloroforme. Nous devons dire cependant que nous nous basons, pour rejeter d'une façon absolue l'emploi du chloroforme pour les extractions dentaires, sur des raisons qui nous paraissent très sérieuses. D'abord les statistiques, qui nous démontrent, quels que soient les reproches que l'on puisse adresser à la statistique en général, que les accidents

---

1. *Revue de chirurgie*, 1893. De l'anesthésie par l'éther.
2. S. Schmidt, Zeitschrift für Biologie, XXXVII. 2 *Sem. Médicale* 1900, p. 41.

dus au chloroforme sont de beaucoup les plus nombreux. Puis l'étude des faits : parcourez les journaux dentaires et vous verrez combien sont fréquents les accidents dus à la narcose chloroformique, et combien rares, s'ils existent, les cas de mort dus à l'éther. C'est que, dans les opérations dentaires, le patient doit être, pendant l'intervention, à plusieurs reprises changé de position de façon à faciliter à l'opérateur la vue et la prise des dents à extraire ; et il est bien évident que ces changements de position augmentent la tendance naturelle du chloroforme à produire la syncope.

On n'observe rien de semblable avec l'éther donné à *dose dentaire*. Nous allons définir cette expression, à la vérité un peu elliptique, mais qui nous permettra, si l'on consent à l'adopter, d'éviter bien des redites et des restrictions.

On dit : donner du chloroforme à dose obstétricale, à dose chirurgicale, et chacun sait ce que cela veut dire. Nous verrons que nous n'acceptons et ne conseillons l'anesthésie à l'éther pour les opérations dentaires qu'en nous plaçant dans des conditions bien définies, tant au point de vue de l'opéré et de son état de santé qu'au point de vue de l'anesthésie elle-même, de son degré, de sa durée, etc. Donner l'éther à dose dentaire, ce sera, pour nous : 1° supposer que nous avons affaire à un patient d'autre part bien portant, et ne présentant aucune des contre-indications que nous énumérerons ci-dessous ; 2° entendre que la narcose sera poussée assez loin pour supprimer toute douleur, bien entendu, mais jamais assez longue pour que l'organisme soit fortement imprégné par l'agent anesthésique au point de prédisposer à la syncope, circonstance qui, nous le répétons, ne se produit, avec l'éther, qu'à la période tertiaire ; les accidents du début, accidents primaires, étant inconnus avec lui, et les accidents de la deuxième période ou période secondaire, n'étant, comme nous le verrons, que des accidents d'asphyxie le plus souvent faciles à éviter et à combattre.

## V

Il y a donc des contre-indications de l'emploi de l'éther : nous allons rapidement les passer en revue. Nous rappelons que nous ne parlons pas ici au point de vue absolu, mais seulement au point de vue des opérations dentaires.

Ce sont d'abord toutes les affections du système respiratoire : à notre avis, ces contre-indications sont absolues. Il ne faut pas donner d'éther aux tuberculeux, aux emphysémateux, aux malades atteints de bronchites ou d'ectasie des bronches. De toute nécessité, pour une opération qui ne présente pas une urgence absolue, et c'est le cas pour les extractions dentaires, il faut que le système pulmonaire soit absolument sain. Il est bien démontré, en effet, que les accidents dus à l'emploi de l'éther sont, on peut le dire, exclusivement des accidents asphyxiques qui ne peuvent qu'être favorisés par une lésion pulmonaire préexistante. L'examen de l'état des poumons doit donc être fait tout d'abord, et le dentiste doit refuser l'anesthésie, si cet examen n'est pas satisfaisant. Nous venons encore d'en avoir la preuve. Il y a quelques jours, nous eûmes l'occasion de voir un jeune étudiant étranger présentant des accidents dus à l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse inférieure. Le patient, très nerveux, se refusait absolument à l'extraction sans anesthésie. Comme il avait presenté, à un moment donné, et présentait encore des phénomènes pulmonaires d'ordre probablement bacillaire, nous refusâmes d'intervenir. Un de nos maîtres, chirurgien très distingué des hôpitaux, consentit à l'anesthésier à l'éther. Au bout de quelques minutes, il fut pris d'accidents asphyxiques inquiétants qui eussent pu, nous dit quelques jours après notre maître, être très dangereux, dans un milieu autre qu'à l'hôpital, en l'absence d'aides suffisamment nombreux pour employer tous les moyens recommandés en pareil cas.

La même semaine, nous avons refusé d'anesthésier deux autres malades présentant des lésions pulmonaires même

peu avancées. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 40 ans environ, atteinte d'une déformation thoracique (poitrine en carène) et d'un emphysème pulmonaire peu accentué. Dans l'autre, d'une femme encore, de 35 ans, chez laquelle nous constatâmes une induration d'un sommet, avec très légère bronchite. Dans aucun de ces cas, il n'y avait évidemment de lésions contre-indiquant formellement une anesthésie pour une intervention quelle qu'elle fût, mais seulement pour une opération dentaire. Nous insistons encore une fois sur ce point, pour bien montrer dans quelles conditions nous pensons que l'anesthésie générale est une ressource à laquelle les dentistes auraient, à notre avis, tort de ne pas recourir.

En dehors des lésions pulmonaires, l'état du système circulatoire peut aussi fournir des contre-indications de l'emploi de l'éther. Le cœur doit être soigneusement examiné. Toute affection cardiaque avancée doit faire renoncer à l'anesthésie générale dans la pratique dentaire. En présence d'une lésion des orifices bien compensée et ne se traduisant par aucun symptôme accentué, la question est plus délicate et nous ne pensons pas qu'on puisse donner ici une règle invariable. C'est affaire de clinique, peut-on dire ; la contre-indication n'est pas absolue. On fera bien, toutefois, de pécher par excès de prudence ; mais encore le chirurgien ne doit-il pas être trop timoré, et faut-il savoir prendre une responsabilité.

Si l'indication de l'intervention est absolue, il peut se faire par exemple que la douleur causée par des extractions multiples ait une influence plus néfaste que l'administration sévèrement surveillée d'un anesthésique tel que l'éther, chez un patient particulièrement sensible ou craintif et en même temps cardiaque : tout le monde connaît la syncope qui succède à la production d'une vive douleur, syncope parfois mortelle, même chez un individu bien portant. Voici l'observation d'un cas où nous avons regretté d'avoir été abstentionnistes.

Une femme de 28 à 30 ans vient nous consulter pour une

affection des gencives, nous dit-elle. Une odeur repoussante se dégage de sa bouche, au point d'incommoder les personnes qui vivent avec elle, lorsqu'elle est depuis quelques minutes seulement dans la même pièce. L'examen local nous montre toute la région gingivo-dentaire tuméfiée, suppurante, toutes les dents réduites à l'état de chicots informes implantés peu solidement, semble-t-il. Il s'en dégage une odeur infecte. L'état général est grave; l'anémie très intense confine à la cachexie. Il y a des phénomènes d'intoxication, catarrhe, gastrique, diarrhée : l'amaigrissement est prononcé. L'indication est nette, il faut nettoyer cette bouche, enlever tous ces chicots. Récriminations de la patiente qui ne consentira que « si on l'endort ». La gravité de l'état général nous fait élever quelques doutes sur la possibilité d'une anesthésie à l'éther; en procédant à l'auscultation, nous constatons l'existence d'une lésion mitrale double. Nous refusons la narcose et décidons la malade, grâce à beaucoup de fermeté et en insistant, avec ménagement toutefois, sur la gravité de son état et surtout la gravité future, à se laisser opérer en plusieurs séances sans anesthésie. Nous faisons préventivement prendre pendant vingt-quatre heures des bains de bouche au permanganate de potasse, et le lendemain a lieu la première séance d'extraction. La malade est très effrayée ; pour faire un peu d'anesthésie locale, nous employons le chlorure d'éthyle, sans illusions et plutôt comme agent de suggestion : il ne faut pas, bien entendu, songer à la méthode d'infiltration dans les tissus fongueux de la gencive. Quelques extractions sont facilement et rapidement faites ; mais bientôt, après la troisième ou quatrième, il survient de l'excitation avec respiration précipitée, au point que nous croyons prudent de cesser l'opération pour nous occuper de l'état général. La patiente est immédiatement mise dans le décubitus horizontal. Le pouls est excessivement rapide, mais bien perceptible ; il y a des irrégularités ; la respiration est précipitée ; mais il n'y a en un mot pas tendance à la syncope. Il s'agit bien plutôt de phénomènes d'excitation avec retentissement sur le cœur et le système respi-

ratoire. Au bout de quelques minutes, tout rentre insensiblement dans l'ordre ; la malade est gardée une heure ou deux en observation et renvoyée à deux jours. Le surlendemain, deuxième séance ; mêmes phénomènes, même marche ; impossibilité absolue de procéder à plus de quatre ou de cinq extractions. Huit séances semblables furent nécessaires ; il est vrai de dire qu'après la quatrième, l'état local s'était tellement amélioré dans les régions déjà opérées, que la malade était fort encouragée, mais n'en présentait pas moins les mêmes symptômes chaque fois. Les interventions terminées, l'état des gencives s'améliora vite, l'odeur disparut, les phénomènes d'intoxication cessèrent rapidement, l'état général redevint meilleur. Tout est bien qui finit bien. Nous nous sommes toutefois bien souvent demandé s'il n'aurait pas mieux valu intervenir en une seule fois avec l'anesthésie à l'éther, et si pareil cas se présentait à nouveau, en nous entourant de toutes les garanties et en prévenant l'entourage du malade, nous considérerions presque comme un devoir de faire profiter celui-ci de la narcose.

Pour en revenir à notre sujet, nous dirons, toutefois, d'une façon générale, qu'on devra refuser l'anesthésie aux malades atteints de dégénérescence du cœur, d'insuffisance aortiques, de rétrécissement ou de lésions de l'aorte. En ce qui concerne les lésions de l'orifice mitral, on peut, le cas échéant, administrer de l'éther, sous la condition formelle qu'il s'agisse d'une lésion bien compensée et, en particulier, que le poumon soit absolument sain.

L'état des reins doit également être pris en considération. En principe, on devrait examiner les urines de tout patient qu'on veut soumettre à l'anesthésie générale. En pratique, il faut bien avouer que cette précaution n'est pas toujours observée et c'est un tort. On a signalé des cas d'albuminurie survenus à la suite d'anesthésies à l'éther ; il s'agit le plus ordinairement d'anesthésies prolongées, chez des malades présentant déjà une tare organique. Quoi qu'il en soit, il est bon de toujours procéder à la recherche de l'albumine dans les urines, et, tout au moins en ce qui concerne les opéra-

tions dentaires, de renoncer à donner de l'éther, au cas où l'examen serait positif.

En dehors de ces lésions organiques, il n'en est guère qui puisse fournir de contre-indications de l'emploi de l'éther. Il faut, d'autre part, se renseigner sur *l'état nerveux* du patient et, d'une façon générale, renoncer à l'anesthésie chez certains épileptiques (épilepsie à forme synopale) et chez certains hystériques, mais ici encore il n'y a pas de règle absolue.

La grossesse, à elle seule, n'est pas une contre-indication : nous dirions volontiers qu'elle est au contraire une indication de l'anesthésie. Tout le monde sait qu'on peut laparotomiser une femme enceinte, voire même faire une amputation du col de l'utérus sans que la grossesse soit interrompue, et on ne pourrait pas faire des extractions dentaires ! Il est inutile, nous semble-t-il, d'insister. En thèse générale, il vaut mieux toutefois, s'il n'y a pas urgence, attendre que la patiente soit délivrée : mais dans le cas contraire, il faut intervenir sous anesthésie générale, il s'agit d'une femme timorée ou d'extractions multiples. Nous n'avons pas eu l'occasion de donner de l'éther à des femmes grosses, mais bien souvent du protoxyde d'azote, et nous n'avons noté aucune suite fâcheuse. Les mêmes réflexions nous paraissent justifiées pour la période d'allaitement.

La présence d'un goître plus ou moins volumineux, fréquente chez les femmes, peut fournir une source de contre-indications de l'anesthésie. Lorsque la respiration est gênée, que l'asphyxie a tendance à se produire, la circulation est moins active dans le corps thyroïde plus ou moins hypertrophié, et la stase sanguine peut amener une nouvelle augmentation de volume et accroître encore les chances de compression péri-trachéale. Il faut donc examiner avec soin la façon de respirer des personnes atteintes de goître : il est impossible, on le comprend, d'établir une règle fixe pour les cas de ce genre. Nous avons eu l'occasion d'éthériser une fois une femme de 24 ans, atteinte d'un goître assez volumineux et qui se plaignait de ne pouvoir respirer aussitôt qu'elle était couchée sur le dos. Elle fut endormie, inclinée légère-

ment sur le côté, et eut une anesthésie particulièrement calme. On fera bien, en pareille circonstance, de redoubler d'attention, si l'on est décidé à la narcose.

Il est un fait bien connu, c'est que l'insensibilité est plus difficile à obtenir chez les alcooliques avec l'éther qu'avec le chloroforme. La période d'excitation apparaît plus vite, est beaucoup plus intense que dans les cas ordinaires, et il est parfois impossible d'obtenir l'insensibilité et la résolution. L'alcoolisme n'est donc pas une contre-indication, mais souvent une cause d'insuccès relatif.

Après l'exposé de ces considérations générales, nous allons maintenant aborder l'étude du manuel opératoire.

*(A suivre.)*

# DOCUMENTS PROFESSIONNELS

*Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers* GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

Nous publions ci-après le rapport que notre rédacteur en chef, M. Martinier, chirurgien-dentiste de l'Asile de Vaucluse, vient d'adresser, suivant l'usage, au Préfet de la Seine sur le fonctionnement en 1903 du service dont il est chargé.

Nous sommes heureux que, s'inspirant des préoccupations actuelles de la profession, qui se sont fait jour notamment dans les séances de la Fédération dentaire internationale, M. Martinier propose au Préfet de la Seine des mesures d'hygiène dentaire de nature à améliorer l'état sanitaire des internés et du personnel de l'Asile. Nous félicitons M. Martinier de cette initiative et souhaiterions de voir se généraliser dans les hôpitaux et hospices les mesures qu'il recommande.

## *RAPPORT PRÉSENTÉ A M. LE PRÉFET DE LA SEINE*

Par M. P. Martinier,

Chirurgien-dentiste de l'Asile de Vaucluse.

Monsieur le Préfet,

La question de l'hygiène dentaire dans les établissements renfermant une agglomération de population (collèges, hôpitaux, asiles, casernes, fabriques, prisons, etc.) est à l'ordre du jour, et la Fédération dentaire internationale, composée de professeurs de chirurgie dentaire, de médecins et des dentistes les plus autorisés de tous les pays (Europe et Amérique), s'en occupe en ce moment. La Fédération a même traité cette question d'une façon spéciale dans sa session de 1902, tenue au mois d'août à Stockholm — où j'avais l'honneur de représenter l'École dentaire de Paris — puisqu'elle a été saisie d'un rapport dû à M. le Dr Frank, de Vienne, rapport établi à la suite d'une enquête approfondie très complète et de l'envoi d'un questionnaire détaillé aux représentants des diverses nations. Or, il résulte de cette enquête et de ce rapport que « l'hygiène dentaire est encore actuellement dans un état de négligence fâcheuse dans la plupart des États civilisés, quoique çà et là on doive reconnaître un commencement d'amélioration ». Il en résulte également que dans certains pays (l'Autriche-Hongrie, l'Allemagne, l'Italie, la Russie), le

service dentaire n'existe pas encore dans les hôpitaux et asiles, qu'il s'organise dans d'autres nations, tandis qu'aux États-Unis, au Canada, en France — dans le département de la Seine du moins — ce service fonctionne déjà depuis un certain temps.

Nous avons donc la satisfaction de constater que la France occupe un bon rang parmi les nations qui se préoccupent d'assurer des soins de bouche aux indigents. Mais pour que les services dentaires donnent tous les résultats désirables, il y aurait lieu de faire observer aux malades les règles de l'hygiène dentaire, si importantes au point de vue de la prophylaxie de la carie.

Il faudrait, notamment, en ce qui concerne les asiles de la Seine, instituer un examen fréquent de la bouche des internés et du personnel, fournir aux premiers, à l'instar de ce qui se fait en Autriche, des brosses à dents et une solution faible d'un antiseptique quelconque (permanganate de potasse, thymol, salol, etc.) et donner au second des instructions pour qu'il veille à ce que les internés se nettoient les dents matin et soir. Il faudrait également leur prescrire de se rincer la bouche après chaque repas. On pourrait, de plus, remettre à chaque interné un petit avis imprimé d'une page mentionnant les règles de l'hygiène dentaire.

La seule opération pratiquée autrefois dans les hôpitaux et les asiles était l'extraction dentaire. Cependant les services dentaires doivent avoir pour but ultime d'éviter l'extraction des dents. Ils doivent donc fonctionner de manière à permettre aux malades de conserver ces précieux organes, et l'extraction des dents doit par suite devenir de plus en plus rare, dans un avenir prochain et ne compter que pour un très faible pourcentage dans les opérations. Au contraire, le traitement conservateur des dents cariées doit la remplacer et occuper une place prépondérante dans l'intervention du dentiste. L'examen régulier de la bouche de chaque sujet aurait toutefois pour résultat d'éviter les traitements compliqués qui exigent trop de temps.

Il est permis de dire, à ce propos, que le temps que passent les dentistes dans les asiles est manifestement insuffisant ; ils ne peuvent, en quelques heures, se livrer à une inspection soigneuse de la bouche et donner aux dents des patients les soins qu'elles réclament.

Malgré les imperfections de ces cliniques dentaires dans leur organisation actuelle, je considère que leur création et leur fonctionnement présent rendent de grands services aux malades et au personnel des asiles, et que leur rôle ira en s'améliorant pour arriver au fonctionnement idéal que nous pouvons désirer. Cet idéal se résume dans l'examen buccal périodique, la vulgarisation et l'observation des règles d'hygiène dentaire, le traitement des caries superficielles et le recours de plus en plus rare à l'extraction.

Imbu de ces préoccupations, voici, dans la mesure de mes moyens et du temps que j'ai passé à l'asile de Vaucluse, le résultat de mon intervention en 1902 dans le service dentaire dont je suis chargé.

J'ai eu à traiter 300 personnes (157 femmes, 98 hommes et 45 enfants) représentants 525 opérations, qui se décomposent ainsi pour l'asile et la colonie, personnel compris :

| NATURE DES OPÉRATIONS | ASILE | | COLONIE | PERSONNEL | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes. | Femmes. | | Hommes. | Femmes. | |
| Extractions simples | 33 | 41 | 24 | 10 | 46 | 154 |
| » avec anesthésie locale | 10 | 22 | » | 3 | 5 | 40 |
| Obturations au ciment | 9 | 16 | 2 | » | » | 27 |
| Obturations à l'amalgame | 6 | 10 | 4 | » | » | 20 |
| Obturations à la gutta | 6 | 9 | 5 | 3 | 12 | 35 |
| Traitements | 8 | 20 | » | 1 | 3 | 32 |
| Pansements | 12 | 49 | 34 | 3 | 13 | 111 |
| Consultations | 11 | 35 | 10 | 1 | 27 | 84 |
| Nettoyages et opérations diverses | 5 | 8 | 2 | » | 7 | 22 |
| Total | 100 | 210 | 81 | 21 | 113 | 525 |

Veuillez agréer, monsieur le Préfet, l'hommage de mes sentiments respectueux et dévoués.

P. MARTINIER.

---

## SESSION D'EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES.

La Faculté de médecine de l'Université de Nancy nous demande d'insérer la note suivante :

Une session d'examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste aura lieu du lundi 9 novembre au samedi 14 dudit inclusivement.

MM. les candidats pourront s'inscrire du jeudi 22 octobre au samedi 31 dudit mois.

Les inscriptions pour le 1er trimestre d'études seront reçues du jeudi 22 octobre au 10 novembre.

Les cours commenceront à dater du 3 novembre et les travaux pratiques à partir du 9 du même mois.



# CORRESPONDANCE

Rochefort, 30 septembre 1903.

Monsieur le rédacteur en chef de *L'Odontologie*, Paris.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire à quelle époque paraîtra dans *L'Odontologie* la conférence de M. le Dr Granjon sur l'adrénaline en odontologie, et s'il me serait facile de me procurer quelques renseignements sur ce sujet.

J'estime en effet que ce médicament est appelé à nous rendre les plus grands services pour les extractions. Depuis environ deux mois, j'ai opéré une moyenne de cent malades de toutes catégories, enfants, jeunes filles, nerveux, vieillards. Non seulement je n'ai eu aucun incident, mais j'ai eu les avantages suivants que l'on peut résumer en une loi, étant donné que le résultat a été le même pour tous les cas sans exception, malgré leur diversité.

La solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000, ajoutée à un *minimum* de chlorhydrate de cocaïne dans les proportions de V gouttes pour 5 milligrammes de cocaïne dans 1 c. cube d'eau distillée, donne un *maximum* d'anesthésie sans qu'on ait à craindre en quoi que ce soit les accidents habituels de la cocaïne.

Cela, je crois, pour deux raisons :

1° Parce que, vaso-constricteur, l'adrénaline agit comme *ligature vasculaire* (comme le dit M. Touchard), et permet de localiser au point voulu la cocaïne, alors que la plupart du temps elle se diffuse dans le tissu plutôt lâche de la gencive ;

2° Parce que, élevant la pression sanguine, même à dose infinitésimale (0 gr. 000.001 par kilogramme d'animal) (Bocquillon-Limousin), elle a une action marquée sur les échanges circulatoires et contrebalance par cela même l'action nuisible de la cocaïne.

Conclusion. — Maximum d'anesthésie (tous les malades sans exception accusent n'« avoir rien senti » (*sic*), pour minimum de cocaïne, par suite, pas d'accidents à redouter.

C'est la réhabilitation de la cocaïne en stomatologie, et la fin de ces terreurs, trop souvent justifiées, qu'ont beaucoup de praticiens pour ce médicament précieux.

Je serai heureux d'avoir votre avis à ce sujet.

La technique opératoire de l'injection cocaïno-adrénaline est simple et courante, mais permettez-moi d'insister sur quelques points.

Je crois très important d'avoir une solution absolument fraîche.

Aussi doit-on préparer la solution à injecter au moment même de la faire, et non pas en avoir une toute prête comme pour le liquide de Schleich, qui, — malgré l'acide phénique qu'il contient, — donne un magma-microbien au bout de deux à trois jours. Je suis même arrivé à diminuer encore mes doses et je m'arrête à ceci :

| | |
|---|---|
| Solution adrénaline à 1/1000 | V gouttes. |
| Chlorhydr. de cocaïne en sel | 3 à 5 mmgr. |
| Eau distillée | de 1 cc. à 1 cc. 1/2. |

J'injecte avec une seringue de Pravaz ordinaire 1 centimètre cube seulement, moitié face externe, moitié face interne de la gencive, et cela dans le *bourrelet gingival,* en allant obliquement jusqu'à rencontre du périoste. Ce point d'élection offre en effet plus de résistance à la diffusion du liquide. Deux piqûres suffisent, et la faible dose de cocaïne employée ne rend pas nécessaire le conseil que j'ai lu d'injecter plusieurs centimètres cubes en diluant le plus possible le médicament.

L'injection doit être poussée avec une extrême lenteur. Si elle est faite à l'endroit indiqué, on trouve une résistance considérable, augmentée de suite par les premières gouttes d'adrénaliue. La localisation de l'injection est parfaite. Il n'y a pas de diffusion: la muqueuse blanchit immédiatement ; la dent se détache mieux des tissus environnants ; on a la sensation qu'on aura beaucoup plus de facilité à la saisir avec le davier.

L'injection faite, j'attends 3 minutes, même 4. On a la tendance de vouloir aller trop vite : le malade est nerveux, angoissé, on voudrait le soulager de suite. Il faut lui faire prendre patience. Au bout de ces 3 à 4 minutes, nous pouvons aller franchement ; même dans les cas les plus difficiles, il ne sentira rien, et nous avons cinq bonnes minutes devant nous. C'est plus qu'il en faut.

Tous les jours, cette méthode me donne de nouveaux succès, aussi je suis très heureux de voir que nous sommes du même avis et que vous voulez bien le vulgariser. Les services qu'elle nous rend sont immenses.

P.-S. — J'ai utilisé le liquide de Schleich selon la formule donnée dans le très intéressant article du Dr Tellier. En outre de ce que je disais précédemment, j'ai constaté que l'anesthésie est loin d'être parfaite, et presque tous les malades ont accusé une sensation qui quoique atténuée, était encore assez désagréable. J'ai essayé aussi la nouvelle formule de désinfection des canaux de MM. Dérud et Jarricot. Je ne crois pas qu'elle soit supérieure aux procédés d'eau oxygénée ou iodoforme, ce dernier agissant également par ses vapeurs, surtout quand le canal est parfaitement sec (air chaud, aiguilles de Saladin, etc.).

Elle a le grave inconvénient de dégager du chlore en grande quantité, ce qui incommode sérieusement le malade.

Recevez, etc.

R. Izambard. D. F. M. P.

---

On nous communique la lettre suivante adressée à la Direction de l'Ecole dentaire de Paris. Comme elle nous paraît de nature à intéresser les jeunes gens sur le point de commencer leurs études dentaires, nous la publions sans aucun commentaire pour leur édification.

Paris, le... 1903.

Monsieur le Directeur,

J'ai quitté l'École dentaire de Paris à la suite d'un malentendu dont je regrette les conséquences, mais il est trop tard. Je me suis fait inscrire à l'Ecole dentaire de..... ; je l'ai tellement regretté que, si j'avais osé, je serais allé vous retrouver ; mais la vanité d'un jeune homme est trop souvent contraire à ses intérêts : j'avais obéi à des sollicitations ; aussi je crois bon de vous prévenir que d'autres élèves de votre école sont en ce moment travaillés pour être amenés à cette école par M. X...

Faites ce qui dépendra de vous pour empêcher vos élèves de suivre les conseils de cet individu, qui m'ont été si funestes. Aussi je suis plein de haine et de rancune pour l'exploitation dont j'ai été l'objet.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Je regrette amèrement aujourd'hui d'avoir écouté ceux qui m'ont entraîné et dont la conduite était intéressée à ce que je m'en aille.

J'espère que vous ferez votre profit de ces renseignements pour agir, afin d'empêcher vos élèves d'être détournés de vous ; ceux qui sont partis de chez vous précédemment sont dans le même cas que moi et pensent comme moi.

X...

*(Voir la suite page 410.)*




## Société d'Odontologie de Paris.

**Programme des réunions de novembre.**

*Séance du mardi 3 novembre, à 8 h. 1/2 précises du soir.*

Masque pour somnoforme et chlorure d'éthyle. Ouvre-bouche. Dr Rolland.

Considérations sur le redressement brusque. M. Martinier.

Deux observations de gomme syphilitique du bord alévolaire. Dr Friteau.

*Séance de démonstrations pratiques du dimanche 8 novembre, à 8 h. 1/2 du matin.*

Anesthésie par l'éther et extractions dentaires. Dr Pinet.

Un nouvel anesthésique local. M. Bonnard.

Prothèse restauratrice du nez. Moulages de la face, procédé Delair. M. Delair.

Emploi du masque et de l'ouvre-bouche du Dr Rolland. Dr Friteau.

Application d'un nouveau masque à somnoforme et à chlorure d'éthyle. Dr Siffre.

*Le Secrétaire général,*
Dr Friteau.

---

## Association des dentistes du Sud-Est.

L'Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France se réunira en assemblée générale annuelle le 1er novembre prochain à neuf heures du matin.

La réunion aura lieu dans une des salles de la mairie de Marseille.

---

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.



# TRIBUNE OUVERTE.

## QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

☞ *Réponse.* — Oui, par M. le prof. Sébileau.

? N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

☞ *Réponse.* — Prochainement la maison Ott et Cie mettra en vente des portraits gravés d'Horace Wells et de Fauchard. E. P.

? N° 211. — *A la suite de l'extraction d'une grosse molaire de la mâchoire inférieure, la plaie occasionnée par l'ablation de la dent peut-elle causer un phlegmon diffus? Connaît-on des cas de morts après ces opérations dentaires?* E. B., de Castelnaudary.

☞ *Réponse.* — Oui, sans doute, c'est une plaie ouverte à l'infection, concours de circonstances, état de moindre résistance du sujet, contamination, extraction trop tardive, etc., etc., un phlegmon peut survenir, grave avec tous les accidents consécutifs possibles, il y a eu des cas suivis de mort.

C'est du reste la question de l'extraction précise ou tardive dans le cas de périodontite aiguë; cette question a été traitée au Congrès de Paris en 1897 par M. Mendel-Joseph; il a même donné l'avis personnel de maître en chirurgie, les professeurs Berger, Ferrier, Le Dentu, elle a été interprétée à nouveau à Montauban, en 1902, par M. Heïdé, avec des observations et des conclusions vraiment intéressantes. Voir *L'Odontologie*, n° 23, 15 décembre 1902 et aussi le n° 14, 30 juillet 1903, page 109. Dr F. Anwers.

L. P. H.

? N° 212. — *Un de mes malades porte sur sa 1re g. m. s. dr. une couronne en or. De plus, il porte un appareil en or qui s'étend de la 1re p. m. s. dr., donc aucun lien avec la couronne, à la 2e p. m. s. g. Je fais un amalgame à la 2e p. m. s. g. et jusque là rien d'anormal. Je fais ensuite un autre amalgame à la 1re p. m. s. g. et mon patient, que je reçois 4 jours après, m'aborde en me disant: « Vous m'avez mis une pile électrique dans la bouche. Chaque fois que je porte ma langue sur ma petite molaire, je sens instantanément une douleur à la dent recouverte d'une couronne. » Ce phénomène dura le jour où je fis l'obturation et le*

*lendemain, puis tout rentra dans l'ordre. J'insiste sur ce que l'appareil ne mettait pas en contact la couronne et la petite molaire, puisqu'il y avait une solution de continuité. Je serais reconnaissant à celui qui pourrait m'expliquer cet incident.*

M. R.

? N° 216. — *Un pharmacien de 2e classe voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté est-il obligé de passer les 3 examens?*

A. R.

☞ *Réponse.* — Un pharmacien comme tout autre étudiant, pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, doit prendre douze inscriptions dans une Ecole dentaire et subir trois examens devant une Faculté de médecine.

E. P.

? N° 217. — *Un étudiant en pharmacie peut-il suivre les cours de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole dentaire en même temps, pour obtenir les 2 diplômes la même année?*

A. R.

☞ *Réponse.* — Cela me paraît difficile étant donné que les étudiants de l'une ou l'autre catégorie ont des travaux pratiques à accomplir.

E. P.

? N° 219. — *Existe-t-il un produit pouvant redonner sa nuance naturelle à une incisive qui a pris une teinte grise à la suite de traitement du canal infecté?*

*Si oui, quel est-il et comment l'employer?*

L. G.

☞ *Réponse.* — La cataphorèse donne en ce cas d'excellents résultats.

E. P.

? N° 220. — *Le droit de changer de département ou d'exercer dans plusieurs est-il le même pour un dentiste patenté que pour un dentiste diplômé?*

*Avec quelque apparence de subtilité on peut répondre que le fait de changer de département impose l'obligation de faire enregistrer son diplôme dans celui où par exemple on fonde un nouveau cabinet; que le patenté ne peut le faire enregistrer puisqu'il ne le possède pas. Il semble pourtant que, sauf en ce qui concerne l'anesthésie, les droits du patenté sont les mêmes que ceux du diplômé. S'il en était autrement, la loi de 1892 aurait un effet rétroactif préjudiciable aux dentistes patentés qui ne pourraient ni se déplacer, ni acheter de cabinets dans d'autres départements que ceux où ils sont établis. La question est assez intéressante au point de vue de celui qui se déplace et de celui ou ceux qui voient venir le déplacé, de même que pour l'achat de cabinets.*

L. G.

? N° 221. — 1° *Quels sont actuellement en France les services dentaires scolaires fonctionnant régulièrement?*

2° *Existe-t-il en France et à l'étranger des sociétés de secours mutuels donnant gratuitement à leurs membres des soins dentaires en dehors de l'extraction?*

P. S.

23e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1903 VOL. XXX




*L'Odontologie* est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

# ÉTIOLOGIE DES ANOMALIES ET PHYSIOLOGIE DU REDRESSEMENT[1]

Par M. P. MARTINIER,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

## ART. 1er. — ANOMALIES SUSCEPTIBLES DE CORRECTION.

*Définition.* — L'orthopédie dentaire ou orthodontie est la branche de l'art dentaire qui s'occupe de la correction des anomalies des maxillaires et des irrégularités de position des dents humaines. Le redressement des irrégularités dentaires a pour but l'arrangement normal de la dent en ce qui concerne ses rapports : 1° avec ses voisines ; 2° avec les dents antagonistes.

Les anomalies dentaires susceptibles d'être corrigées, soit par opération, soit par application d'appareils orthopédiques, comprennent donc :

1° Les anomalies de direction, qui sont de quatre sortes :

1. Nous avons rendu compte dans notre numéro du 30 août du nouveau volume publié chez Baillière par notre rédacteur en chef. Nous sommes heureux d'en reproduire un des plus intéressants chapitres.

Par antéversion : projection d'une ou de plusieurs dents en dehors de l'arcade dentaire.

Par rétroversion : projection d'une ou de plusieurs dents en arrière de l'arcade dentaire.

Par latéroversion : inclinaison d'une dent qui paraît régulièrement plantée d'un côté ou de l'autre, généralement du côté de la ligne médiane.

Par rotation sur l'axe : pivotement de la dent sur son axe à des degrés divers.

Certaines anomalies de siège par déplacement hors de l'arcade.

2° Les anomalies des maxillaires, qui comprennent elles-mêmes : *a.* L'asymétrie ; *b.* La diastolie ; *c.* L'atrésie ; *d.* Le prognathisme ; l'opisthognatisme.

*L'asymétrie* est un défaut de concordance des lignes paraboliques des deux arcades dentaires. L'un des côtés possède la courbe normale, tandis que le côté opposé est dissemblable. C'est le côté gauche qui est le plus fréquemment atteint.

*La diastolie* est une augmentation de diamètre transversal des deux arcades dentaires. Elle se rencontre de préférence chez les races inférieures.

*L'atrésie* est un rétrécissement du diamètre d'une ou des deux arcades dentaires. Elle est souvent accompagnée de vice d'articulation, de malformation palatine et de prognathisme du maxillaire supérieur.

*Le prognathisme* est une proéminence anormale des bords alvéolaires et des dents de la mâchoire supérieure ou inférieure. Il peut porter sur l'une ou l'autre des mâchoires ou sur les deux.

Le prognathisme de la mâchoire inférieure (menton de galoche) est plus grave et plus difficilement curable que celui de la mâchoire supérieure. Il augmente avec l'âge par suite du glissement en avant du condyle dans la cavité glénoïde et de l'allongement du frein ménisco-temporal postérieur.

*L'opisthognatisme* est une malformation qui consiste en

une inclinaison en arrière de la partie antérieure du bord alvéolaire et des dents de l'un ou l'autre des maxillaires.

Ces anomalies des maxillaires entraînent avec elles dans l'harmonie de la face certaines perturbations auxquelles on peut remédier, et dont la régularisation dépend de la correction des anomalies des maxillaires.

## Article II. — Étiologie des anomalies dentaires.

Les causes déterminantes des irrégularités dentaires sont nombreuses, mais imparfaitement connues encore. Suivant Guilford, on peut les diviser en : 1° *Causes héréditaires*; 2° *Causes acquises;* 3° *Causes mixtes.*

1° **Causes héréditaires**. — Dans cette classe rentrent les anomalies manifestement dues à la transmission d'imperfections analogues chez les ascendants directs ou indirects, la transmission de génération en génération d'une même anomalie dentaire étant extrêmement fréquente. De plus, l'enfant peut hériter des dents volumineuses de l'un de ses parents et des maxillaires étroits de l'autre. Le résultat sera l'entassement des dents et de nombreuses irrégularités dentaires. La transmission des anomalies faciales et de la malformation des os maxillaires est fréquente aussi ; le prognathisme du maxillaire inférieur est, en effet, un signe caractéristique de certaines races.

Chez les animaux, le menton de galoche du chien-terrier, le prognathisme de la mandibule des béliers mérinos sont des exemples de cette transmission héréditaire des anomalies.

Mais ordinairement, en vertu de la loi du retour au type normal, l'hérédité des irrégularités dentaires ne dépasse guère plus de deux ou trois générations.

2° **Causes acquises**. — Elles sont plus nombreuses.

a) *Chute tardive des dents temporaires.* — La racine de la dent temporaire n'a pas été complètement résorbée et celle-ci, encore solidement implantée, occupe la place de la dent permanente.

La dent de la seconde dentition, gênée par sa présence,

fait son éruption anormalement à côté de cette dent temporaire. L'irrégularité peut aussi avoir pour cause la dent temporaire antagoniste qui, par sa persistance au moment de l'éruption de la dent permanente, peut faire dévier cette dernière. La rétroversion des incisives centrales est souvent causée par une chute tardive des incisives temporaires de la mâchoire opposée.

b) *Extraction ou chute prématurée des dents temporaires.* — La dent temporaire ne doit disparaître que lorsque la dent permanente est prête à la remplacer et par le fait de l'inflammation éliminatrice causée par l'éruption de celle-ci ; elle conserve, par sa présence, une place dans l'arc maxillaire à la dent permanente. Si l'on enlève cette dent temporaire avant l'époque de son remplacement, les dents voisines, en faisant leur éruption, empiètent sur la place réservée à la dent permanente, et, lorsque celle-ci fait son apparition, la place est prise ; elle est alors forcée de se placer soit en dedans, soit en dehors de l'arcade. On peut aussi incriminer pour certaines anomalies le retard dans l'éruption des dents temporaires. Claude Martin (de Lyon) a accusé le développement plus accentué du maxillaire inférieur dans le sens antéro-postérieur de jeter une perturbation dans l'engrènement des incisives, lorsque l'évolution dentaire est retardée d'une façon générale. Ce mauvais engrènement peut être compliqué ultérieurement par la carie des molaires de lait, qui diminue la hauteur de leur couronne, abaisse l'articulation et confirme le prognathisme déjà existant. L'extraction prématurée des molaires temporaires peut aggraver cet état de choses.

c) *Extraction peu judicieuse des dents permanentes.* — Extraction d'une canine ou d'une incisive latérale irrégulièrement placées, extraction qui donne une apparence disgracieuse à la physionomie ; ou bien extraction des premières molaires permanentes cariées de l'une des mâchoires, aussitôt après leur éruption, extraction occasionnant un développement inégal des deux maxillaires et par suite une difformité incurable de la face.

d) *Retard dans l'éruption des dents permanentes.* — Pour une cause mal connue, une des dents permanentes ne fait son éruption que longtemps après les autres; sa place est prise par les voisines et elle est obligée de se dévier, soit en dehors, soit en dedans. C'est un cas qui se présente assez fréquemment pour les canines.

e) *Traumatismes et accidents inflammatoires.* — A la suite d'une chute ou d'un coup une des dents temporaires se mortifie; il peut en résulter des complications qui troublent le travail physiologique d'éruption. Celui-ci sera interrompu et cette interruption pourra provoquer une déviation de la dent en voie d'éruption et une irrégularité consécutive.

f) *Habitudes.* — Les mauvaises habitudes, comme l'action de sucer les lèvres, le pouce, action souvent répétée au moment où la dent fait son éruption et où elle est située dans un tissu encore malléable, peuvent lui faire prendre une position vicieuse dans laquelle elle se consolide. Talbot attribue indistinctement au suçage du pouce la voûte palatine élevée, les arcades en forme de V et en forme de selle.

3° **Causes mixtes.** — Certaines malformations des dents et des mâchoires participent à la fois comme étiologie des causes héréditaires et des causes acquises; ce sont:

a) La *saillie en avant des dents supérieures,* anomalie qui permet souvent de reconnaître la trace de l'hérédité, mais qui est favorisée par des causes mécaniques, comme la grandeur anormale des incisives supérieures, l'éruption vicieuse en avant de quelques dents postérieures, l'éruption tardive ou incomplète des molaires de 6 ans, des habitudes vicieuses (suçage du pouce ou de la langue), ou par des causes pathologiques, comme un développement exagéré de l'arcade maxillaire supérieure ou un arrêt de développement de l'arcade maxillaire inférieure. Cette anomalie peut se produire tardivement au moment de l'éruption des dents de sagesse, mais dans ce cas elle est peu importante.

b) Le *prognathisme* du maxillaire inférieur, qui est bien souvent héréditaire, mais qui peut résulter d'une cause ten-

dant à diminuer l'étendue du contact dans l'occlusion des mâchoires. Il est dû le plus fréquemment à un mauvais engrènement des dents qui entraîne le condyle de l'articulation temporo-maxillaire trop en avant (Frey).

c) L'*arcade en forme de V,* c'est-à-dire avec une forme angulaire au sommet antérieur, anomalie qui est probablement héréditaire, mais dont la production est favorisée par l'entassement des dents, le défaut de développement du maxillaire, le sommeil la bouche ouverte dans l'hypertrophie amygdalienne, et les végétations adénoïdes, les muscles des joues exerçant une pression continue sur les dents (Ch. Tomes).

**Causes congénitales de Gaillard**[1]. — M. Gaillard a émis sur l'étiologie des anomalies dentaires une théorie que nous devons ajouter ici, bien que nous ne la fassions pas figurer dans la classification précédente,et qu'il expose ainsi : La moindre modification dans l'ordre d'apparition ou d'évolution des follicules dentaires amènera des changements dans les rapports normaux des dents humaines entre elles, c'est-à-dire des anomalies de disposition, qui, persistantes, constitueront plus tard les difformités dont nous allons nous occuper plus spécialement. En effet, dans l'odontocie (selon Delabarre) nous aurons toujours une présentation mauvaise, quoi que l'on fasse, si la dent affecte, pendant sa période fœtale, quelques rapports anormaux avec les différentes parties environnantes.

Sans nier complètement l'action des dents temporaires sur l'évolution des dents permanentes. Je ne puis cependant, avec la majorité des auteurs, l'admettre comme cause constante et primordiale des déviations.

De deux choses l'une : ou la dent permanente sort physiologiquement, et alors tous les phénomènes qui vont concourir à son éruption s'accomplissent normalement, c'est-à-dire que la dent temporaire et le maxillaire se résorbent, laissant le champ libre à la dent qui évolue ; ou la dent

1. Voir *Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel*, par le Dr Gaillard, 1881.

permanente se présente dans une position vicieuse, alors la dent caduque restera dans son intégrité, et les parties qui s'opposent à la sortie du nouvel organe subissent seules le travail de résorption.

Est-ce à dire pour cela que la dent caduque soit la cause de la déviation de la dent permanente ? Evidemment non, car toutes les dents de remplacement ayant à lutter contre le maxillaire et la dent temporaire devraient pousser de travers.

L'observation des faits nous montre que les dents temporaires, loin de gêner l'évolution des dents permanentes, servent à leur éruption normale, en maintenant l'arcade dans sa forme régulière et en forçant la dent à évoluer dans un espace déterminé.

Qu'une dent de lait, dont la résorption ne s'effectue pas normalement, soit une cause de déviation ultérieure, j'en conviens : encore, ne sera-ce que tardivement, et si l'on ne surveille pas la dentition de l'enfant. Le premier phénomène sera un retard dans l'éruption ; il y aura lutte entre la dent non résorbée et la dent évoluante ; l'une et l'autre seront peut-être légèrement déviées de leur position normale, la dent de lait surtout sera probablement déviée ; mais on n'observera jamais de ces hétérotopies où la dent en voie d'évolution laisse intacte la racine de la dent caduque. »

Pour cet auteur donc, nombre d'irrégularités dentaires auraient pour cause une anomalie primitive dans la direction du follicule dentaire. Cette évolution anormale du follicule peut avoir comme conséquence, soit la migration simple, soit l'une des anomalies de direction par antéversion, rétroversion, latéroversion, rotation sur l'axe. Cette dernière pourrait encore être envisagée comme congénitale, et non comme acquise, et serait le résultat de la transformation d'une disposition normale en une disposition anormale, par le seul fait d'un manque de place.

## Article III. — Étiologie des anomalies des maxillaires.

Les anomalies des maxillaires relèvent des mêmes facteurs que les anomalies dentaires auxquelles elles sont parallèles ; elles reconnaissent, en outre, pour causes les malformations crâniennes et faciales, comme l'hydrocéphalie, la microcéphalie, l'ossification prématurée des sutures crâniennes qui engendrerait le palais en ogive (O. Coles), la déformation de la face.

A ces causes d'origine congénitale se joignent des causes acquises, comme les blessures de la tête et de la face et surtout les végétations adénoïdes du pharynx, qui occasionnent fréquemment des malformations des maxillaires [1]; enfin l'insuffisance de la respiration nasale (Mendel).

**Conséquences des anomalies**. — Des anomalies dont nous venons d'esquisser l'étiologie peuvent résulter une altération de la physionomie, des défauts de prononciation et de la difficulté dans la mastication. Les anomalies dentaires et les anomalies des maxillaires ont en effet une influence considérable sur la prononciation, et cette influence s'exerce particulièrement sur la prononciation des consonnes simples et doubles *s, z, ch, j*. La gêne provoquée par les anomalies pour la prononciation de la lettre *s* et du *z* est plus considérable lorsque les anomalies portent sur les incisives supérieures et inférieures. Elle doit être attribuée à la mauvaise habitude contractée par le sujet de placer la langue dans une position vicieuse. Enfin, ces irrégularités créent une prédisposition à la carie, un milieu favorable aux microbes par le réceptacle qu'elles offrent aux détritus alimentaires, certaines surfaces des dents étant inaccessibles au nettoyage dans les dentures trop serrées.

## Article IV. — Historique.

L'orthopédie dentaire a été pratiquée depuis les temps les

1. Voir L. Frey, *Pathologie des dents et de la bouche (Manuel du Chirurgien-dentiste)*.

plus anciens, mais ce n'est qu'au commencement du XIX$^e$ siècle que divers auteurs ont décrit les appareils mis en usage pour arriver à ce résultat.

Dès le I$^{er}$ siècle, Celse s'occupe du redressement des dents : il fait l'extraction de la dent temporaire, lorsque la dent permanente correspondante apparaît, et conseille les pressions répétées avec les doigts pour ramener la dent déviée dans sa position normale. Pline cite quelques cas d'anomalies dentaires, de dents soudées entre elles. Vésale, au XVI$^e$ siècle, conseille les incisions de la gencive dans les cas d'éruption difficile. Vers la même époque, Eustache relate un grand nombre d'observations d'anomalies dentaires intéressantes. Ambroise Paré s'occupe aussi du redressement et conseille de pousser chaque jour, avec les doigts, la dent irrégulièrement placée vers la position qu'elle doit occuper. Nous arrivons à Fauchard[1]. Le premier, il constate la fréquence des anomalies sur les canines et les incisives, leur rareté sur les molaires ; il repousse comme traitement des anomalies l'extraction prématurée des dents de lait et fait connaître les premiers appareils de redressement avec fils et ressorts. Bourdet, quelque vingt ans plus tard, critique les plaques pour redressement de Fauchard et recommande à leur place des plaques de métal retenues par des fils de cordonnet.

En 1771, Hunter pose comme règle[2] le redressement des dents pendant la jeunesse, mais il passe rapidement sur les moyens employés à cette époque.

En 1839, Lefoulon publie[3] une série d'articles sur l'orthopédie dentaire. Il affirme la possibilité de remédier à l'atrésie des maxillaires en pratiquant leur extension à l'aide d'appareils et en modifiant la voûte palatine. Il décrit ces appareils avec observations à l'appui.

Deux ans plus tard, Schange décrit[4] le premier appa-

1. Fauchard, *Traité de chirurgie dentaire*, 1728.
2. Hunter, *Traité sur l'anatomie, la pathologie et la physiologie dentaire.*
3. Lefoulon, *Gazette des hôpitaux*, 1839.
4. Schange, *Précis sur le redressement des dents.*

reil sans plaque, fixé aux dents par un collier d'or qui se ferme et se serre à l'aide d'une vis et d'un écrou.

A notre époque, les appareils et les méthodes se sont multipliés ; nous les passerons en revue.

## Article V. — Physiologie pathologique.

On sait que la dent est encastrée et maintenue solidement dans un alvéole osseux qui a exactement sa forme ; mais les os ne sont point immuables dans leur forme ; sous l'influence de diverses causes, une pression longtemps prolongée, un frottement souvent répété, ils deviennent malléables et se moulent sur les organes environnants ; ainsi, quoique de densités moindres, un anévrysme, une tumeur intraosseuse raréfient et détruisent un os. Le bord alvéolaire ne fait point exception à la règle, d'autant plus qu'en définitive il n'est qu'une dépendance de la dent, qu'il n'a d'existence qu'autant que la dent subsiste.

En effet, si l'on examine une dent soumise à une pression lente exercée toujours dans le même sens, on remarque :

1° Une *mobilité primitive,* accompagnée d'allongement de la dent, mobilité et allongement dus à la congestion et à l'inflammation de la membrane péridentaire provoquées par la pression exercée sur la dent ;

2° Une *mobilité secondaire,* s'établissant plus lentement, mais aussi plus lente à disparaître, reconnaissant pour cause un élargissement de l'alvéole ; sous l'influence d'une pression continue ou souvent répétée, la paroi alvéolaire comprimée fait de l'*ostéite raréfiante*, l'alvéole est agrandi, la dent mobile ;

3° Le redressement opéré et la dent bien maintenue en sa nouvelle place par un appareil approprié, on obtient la consolidation de la dent. Par *ostéite condensante* de nouvelles productions osseuses se sont formées et ont comblé l'alvéole ; la dent est désormais solide dans son alvéole de nouvelle formation.

Signalons en passant une théorie originale de la physio-

logie pathologique du redressement qui a été émise par M. Douzillé au Congrès dentaire international de 1900.

Notre confrère fait remarquer que la paroi alvéolaire contre laquelle la dent poussée vient exercer sa pression devrait se résorber, d'après la théorie admise généralement. Cette résorption devrait se produire à la partie de l'alvéole correspondant à la racine de la dent dans le voisinage du collet. Elle devrait au moins s'amincir. Or, aucun auteur n'ayant constaté un phénomène de ce genre, M. Douzillé émet l'hypothèse, qu'il a d'ailleurs étayée d'expériences sur des cobayes, que l'action exercée dans le redressement est tout simplement une compression des cellules osseuses, qui, grâce à leur élasticité, s'allongent ou se compriment selon la pression ou la traction exercée, puis reprennent leur première forme en repoussant devant elles la paroi opposée à celle qui était comprimée. Cette paroi repoussant à son tour la paroi de la cellule qui lui est juxtaposée, le même phénomène se produit de proche en proche dans toute la masse osseuse pendant que le même processus agit en sens inverse par traction ou compression, suivant le cas, sur les cellules qui sont en arrière de la racine.

## Article VI. — Physiologie et application des forces pour obtenir le mouvement des dents.

C'est à produire ces phénomènes de raréfaction, puis de condensation alvéolaire, le plus rapidement et le plus favorablement possible, que devront tendre tous les efforts du praticien par une judicieuse application des forces.

Il est certaines règles et certains principes qu'il est nécessaire de connaître pour atteindre ce but.

On admet généralement que le déplacement d'une dent s'opère toujours autour d'un point fixe. Sa couronne décrit une circonférence ayant pour centre l'apex de la racine et la longueur de la dent pour rayon. On doit toujours tendre à replacer la dent, après sa régularisation, dans le sens vertical, et dans l'axe qu'elle doit occuper. L'engrènement des dents, lors des efforts masticatoires, peut dans le cas con-

traire produire des complications ayant comme terminaison la mortification et l'ébranlement de la dent redressée.

Guilford et un certain nombre d'auteurs ont émis l'avis que le point d'immobilité relative de la racine, c'est-à-dire le centre de la circonférence, dans le mouvement ordinaire que l'on fait subir à la couronne, n'est pas l'apex, mais bien un point de la racine situé près de l'apex, ce qui aurait pour résultat, lorsque l'on déplace la couronne dans un sens ou dans un autre, de déplacer également l'apex d'une quantité moindre dans le sens opposé à la direction imprimée à la couronne.

La structure du procès alvéolaire a aussi une importance considérable. Bien que cette structure soit temporaire, elle n'en possède pas moins des caractères communs aux autres os. Le procès alvéolaire est donc composé, d'après cet auteur, d'une portion interne spongieuse et d'une portion externe qui n'est qu'une couche de tissu cortical dense. Les proportions de ces tissus et leur distribution varient selon les différentes portions de l'arcade et sont en rapport avec les racines des dents qu'elles enveloppent.

Cette différence de structure des procès alvéolaires sur lesquels on veut agir joue un rôle prépondérant dans la résistance qu'offrent les tissus dans l'application des forces pour la correction des irrégularités, et il en découle certaines considérations qu'il est indispensable d'indiquer et que Guilford a énoncées ainsi :

« Lorsqu'on veut faire mouvoir une incisive supérieure en avant, la résistance est offerte par la mince couche de tissu alvéolaire de la surface labiale de la racine et également par le tissu spongieux de la surface interne ou linguale près de l'apex. Le tissu spongieux se comprime et se résorbe par la pression de la racine qui, elle, se dirige en dedans, tandis que la couronne se dirige en dehors. Comme la lame externe est très mince et composée entièrement de tissu dur, qui est particulièrement élastique chez les jeunes sujets, elle cède à la pression et permet à la couronne un déplacement en avant bien plus considérable.

» Le mouvement inverse ou en arrière de la même couronne s'accomplit avec beaucoup plus de difficulté en raison des conditions de résistance qui sont renversées. Lorsque la couronne est poussée en arrière, la pression de la racine au niveau de son collet s'exerce sur la paroi interne de l'alvéole, qui est d'une texture plus résistante et par conséquent offre plus de résistance. De plus, la partie supérieure de la racine qui doit se déplacer en dehors vient buter contre la paroi externe de l'alvéole, composée en grande partie de tissu dense, qui ne peut céder aussi facilement sur ce point qu'au bord libre de l'alvéole. Le résultat est donc qu'avec la même force la dent se déplacera plus facilement en avant qu'en arrière, ce que notre pratique nous montre tous les jours. »

Le mouvement des molaires dans une direction externe s'accomplit « probablement par suite d'une résorption lente ou d'une séparation médiane des deux moitiés de la voûte palatine. La disjonction de la suture palatine peut se faire aisément à l'âge où généralement on corrige les irrégularités, car à ce moment la suture est incomplète.

» Les incisives inférieures peuvent être déplacées avec autant de facilité dans les deux directions en avant et en arrière, en raison de l'épaisseur et du caractère anatomique du tissu alvéolaire ».

*Application judicieuse de la force.* — Lorsqu'on veut faire produire un mouvement à une dent, il est nécessaire de se servir de la couronne pour appliquer la force.

La résistance que l'on rencontre est fournie par la paroi alvéolaire contre laquelle la racine exerce la pression. Il paraît résulter en outre qu'il existe entre l'endroit où la puissance est appliquée et celui où la résistance se manifeste un point où le mouvement est imperceptible. La dent à faire mouvoir représente donc un levier, puisqu'il y a une force exercée, une résistance à vaincre et un point d'une immobilité relative. Cette constatation a sa valeur, car elle forme la base d'un certain nombre de principes à appliquer dans la combinaison des moyens de redressement.

La couronne des dents sur laquelle on applique la force agissante n'a environ que la moitié de la hauteur de la racine qui offre la résistance; il en résulte que nous sommes placés défavorablement, car il est nécessaire d'exercer une force bien plus grande que si les deux parties de la dent, couronne et racine, étaient égales en longueur. Dans ces conditions il faut appliquer nos forces agissantes aussi près qu'il est possible de la surface d'articulation et du bord libre des dents. On augmente ainsi la distance entre la puissance et le point d'appui, et l'on gagne un avantage mécanique en diminuant la résistance.

Ce principe peut s'appliquer également lorsqu'on veut faire servir une dent ou une série de dents à la rétention des forces agissantes, pour faire mouvoir d'autres dents; le moyen de fixation devra être placé aussi près qu'il est possible du bord cervical, de façon à réduire la distance entre la puissance et le point d'appui et diminuer ainsi la possibilité de déplacer la dent ou les dents.

# REDRESSEMENTS TARDIFS

Par le Dr Ch. Godon,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

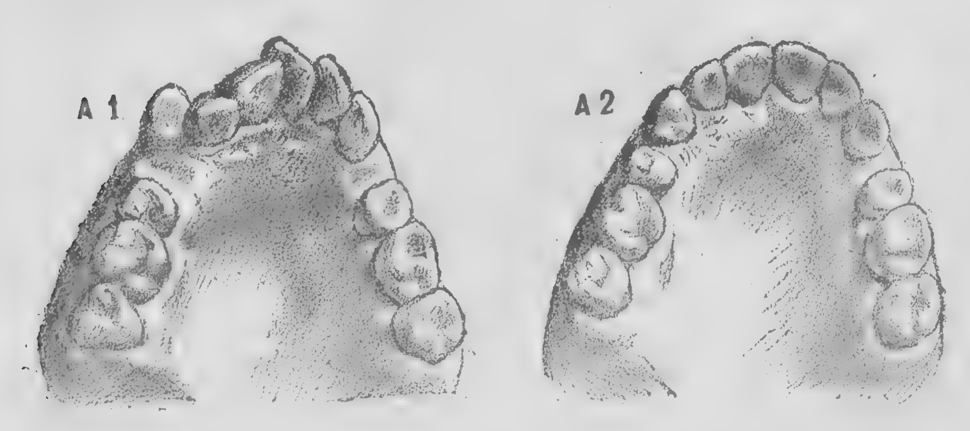
(*Communication au Congrès d'Angers.*)

J'ai eu l'honneur de présenter au 1er Congrès dentaire international de Paris (1889) une communication sur ce sujet qui se terminait par la conclusion suivante :

1° *Le redressement des dents peut être entrepris sur des adultes, mais la durée du traitement est en raison directe de l'âge du sujet ainsi que le maintien de l'appareil de contention* [1].

## Observation I.

La personne qui faisait l'objet de cette communication, Mlle A..., était une jeune artiste âgée de 26 ans, qui présentait à la mâchoire supérieure une série d'anomalies d'arrangement des dents de bouche, comme vous le verrez par le modèle n° 1, en date du mois de décembre 1885. Cette patiente était assez incrédule sur la possibilité du redressement de ses dents en raison de son âge et de l'avis négatif que lui avaient donné les dentistes qu'elle avait déjà consultés à Vienne et à Paris.



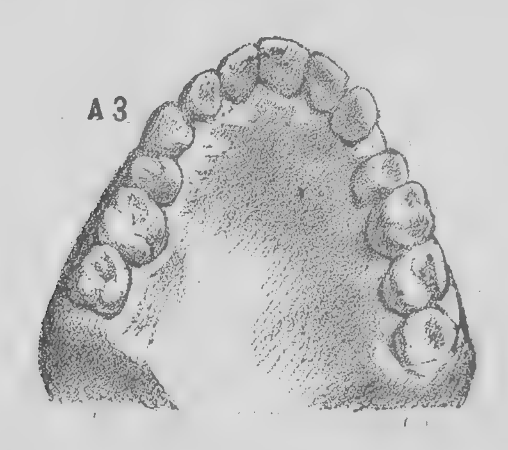

Malgré tout, je la décidai à entreprendre le traitement.

Je pratiquai l'extraction des premières bicuspides supérieures

1. Voir comptes rendus du Congrès dentaire international de Paris en 1889.

droite et gauche afin de faire de la place, puis j'appliquai un appareil de redressement ordinaire destiné à agir sur les dents antérieures en les repoussant en avant, en recommandant au sujet de revenir me voir régulièrement deux fois par semaine. Je ne la revis que huit ou dix mois après, alors que je croyais qu'elle avait renoncé au traitement. Elle avait pourtant porté l'appareil qui, agissant un peu en aveugle, avait projeté les dents en avant en les écartant ; malgré tout, je pus les ramener dans une position relativement régulière, comme vous le verrez par le modèle n° 2 en date de février 1887.

Je plaçai un appareil de contention, je soignai pendant quelque temps cette patiente un peu irrégulière, puis je ne la revis plus pendant plusieurs années. En 1900, c'est-à-dire quatorze ans après, elle revint me consulter pour quelques dents cariées. J'examinai sa bouche avec un certain intérêt pour voir les suites de mon redressement et je fus heureux de constater que les résultats obtenus quatorze années auparavant s'étaient maintenus intégralement, comme vous pouvez le voir par le modèle n° 3 en date du 19 septembre 1900.

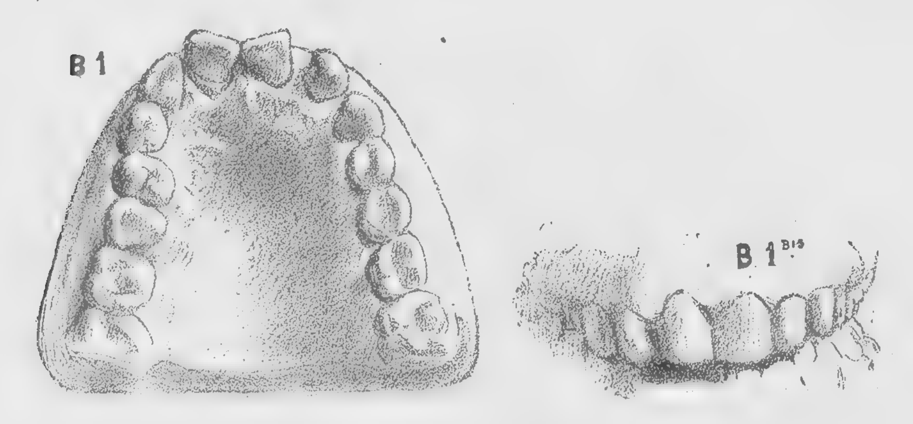



Il m'a paru intéressant de vous communiquer cette observation, étant donné qu'il s'agit d'un redressement tardif sur la possibilité duquel à cette époque on avait émis des doutes, doutes qui portaient encore plus sur la durée des résultats.

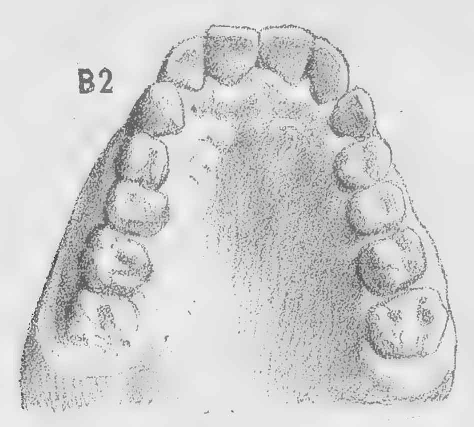
Aussi à ma première conclusion de 1889, j'ajouterai : *les résultats obtenus peuvent se maintenir comme dans un redressement d'adolescent, si l'appareil de contention a été posé d'une manière suffisante et si l'on n'a laissé du côté de l'articulation aucune cause de déplacement des dents.*

## Observation II.

Dans la deuxième observation il s'agit d'une patiente de 35 ans environ, Mme B..., qui vint me consulter, parce que les incisives centrales et latérales de la mâchoire supérieure, sans cependant être mobiles, étaient depuis quelque temps écartées et projetées en avant, comme vous le verrez par le modèle n° 1 en date du 24 septembre 1900.




Je constatai que le déplacement était dû en partie à l'allongement apparent [1] et au déplacement des incisives inférieures, en partie




également aussi aux premiers manifestations d'une polyarthrite alvéolo-dentaire à son début.

1. Je désigne ainsi par le terme « *allongement apparent* » le déplacement de la dent dans le sens de son axe, depuis les discussions qui se sont produites au Congrès de Bordeaux en 1895, au sujet du terme impropre d'*allongement* employé jusqu'alors, puisque la dent n'augmente pas de longueur, mais simplement sort de l'alvéole en l'absence de l'antagoniste.

J'entrepris le redressement des dents :

1° En limant les bords triturants des dents inférieures en contact ;

2° En redressant les dents supérieures par le procédé des fils de soie de Younger, comme vous le verrez par le modèle n° 1 *bis* en date du 14 novembre 1900, qui a été pris avec les fils en place.

Au bout de deux mois environ, le redressement était terminé, comme vous le verrez par le modèle n° 2 en date du 29 novembre 1900.

J'appliquai un petit modèle de contention que la patiente portait la nuit seulement.

## Observation III.

Dans la troisième observation, s'il agit d'une patiente un peu plus âgée, 38 ans environ, Mme C..., qui vint me consulter au sujet du déplacement de ses incisives centrales et latérales de la mâchoire inférieure. Un écart assez grand et très disgracieux existait depuis peu entre l'incisive latérale et la canine du côté droit, les incisives semblaient se placer obliquement les unes sur les autres ; il en était de même du côté de la canine et de l'incisive latérale gauche, quoique ce déplacement fût moins prononcé. (Voir le modèle n° 1 en date du 12 avril 1901).




Ces anomalies d'arrangement augmentaient chaque jour davantage. Comme dans le cas précédent il s'agissait d'une polyarthrite à son début, mais je ne remarquai aucune cause provenant spécialement de l'articulation.

J'entrepris le redressement comme dans le cas précédent par le procédé des fils de Younger.

Au bout de deux mois, ce redressement était terminé. J'appliquai le 14 juin 1901 un petit appareil de contention que la malade continue à porter régulièrement, parce qu'il n'est ni très gênant ni très visible et les dents se sont bien maintenues en place depuis, comme vous le verrez par le modèle n° 2 qui a été pris le 23 juillet 1903 soit deux ans après.

## Observation IV.

La quatrième observation est plus intéressante, parce que la patiente est plus âgée encore.

Il s'agit d'une directrice d'école, M$^{me}$ D..., âgée de 42 ans environ, qui était affectée d'un prognathisme de la mâchoire inférieure qu'elle avait supporté pendant toute sa jeunesse sans trop d'ennui, mais qui, augmentant chaque jour par suite de la disparition de quelques-unes de ses molaires inférieures, la préoccupait davantage à cause de ses occupations professionnelles.

(Voir modèle n° 1 en date du 24 juin 1902.)

Le redressement, déjà très difficile étant donné l'âge de la patiente, l'était encore plus par suite de la presque impossibilité pour elle de porter d'une manière continue pendant les heures de classe, un appareil rehaussant l'articulation Malgré tout, je tentai l'opération. J'essayai d'abord d'agir sur les incisives latérales et centrales gauches supérieures par un petit appareil métallique formant un plan incliné placé à la mâchoire supérieure et maintenu par une couronne sur la deuxième grosse molaire gauche supérieure le 9 octobre 1902.

Je complétai la traction par des fils de soie, mais les dents par suite de leur engrènement et de la position des canines étaient bien difficiles à mobiliser.

J'ai pu pendant les vacances scolaires placer un appareil complet sur la mâchoire supérieure rehaussant l'articulation et agissant, un peu comme un plan incliné, le 5 décembre 1902. J'obtins quelques premiers résultats du côté de la mâchoire supérieure, mais les modifications les plus grandes furent obtenues du côté de la mâchoire inférieure par l'application d'un appareil composé d'un fil d'or agissant par une vis à charnière sur la face latérale des dents antérieures pour les ramener en arrière, le 26 décembre 1902. Ce mouvement était rendu possible par l'absence des premières petites molaires de chaque côté droite et gauche de la mâchoire inférieure.

Il est possible de se rendre compte de la marche du traitement par les modèles n° 2 en date du 9 octobre 1902.

» n° 3 » » 19 janvier 1903.

» n° 4 » » 22 mai 1903.

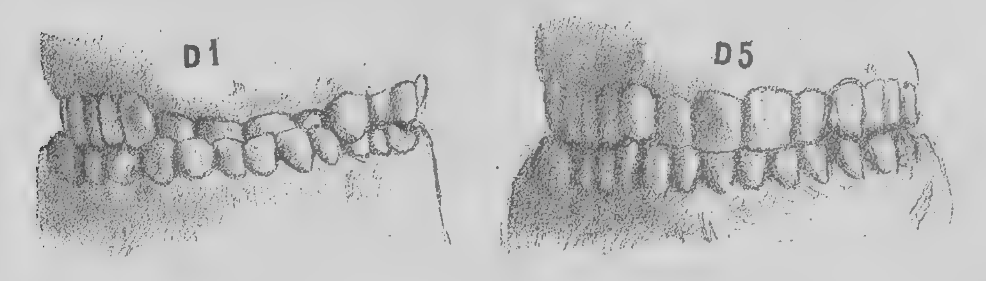
» n° 5 » » 20 juillet 1903.

Un fait intéressant à noter est l'allongement apparent des molaires qui, au bout de quelque temps, constitua en arrière un point d'appui précieux pour le soutien de la mâchoire et aussi pour la mastication. Il est probable que le même allongement se produira du côté des petites molaires. Du côté gauche, afin de rétablir l'articulation, j'ai dû appliquer deux couronnes sur la deuxième petite molaire et la première grosse molaire inférieure, qui étaient très cariées.

Comme vous le voyez par le modèle n° 5 pris le 20 juillet 1903, les résultats sont très satisfaisants.

Ils ont été obtenus en un peu plus d'une année, malgré les difficultés très grandes du cas, grâce au concours que m'a prêté la patiente, qui

comprenait toute l'importance et *les difficultés* du traitement. On peut dire que les résultats se conserveront par suite de la présence des




molaires, des conditions nouvelles de l'engrènement des dents antérieures et de l'allongement apparent des dents et de la présence des couronnes artificielles.

De ces divers redressements, il résulte certaines observations intéressantes :

1° La persistance des résultats obtenus après quatorze ans chez une patiente âgée de 26 ans ;

2° Le redressement par le procédé des fils chez des patientes de 35 et de 38 ans et le maintien des résultats obtenus ;

3° Le redressement d'un prognathisme apparent chez une malade de 42 ans ;

4° L'allongement apparent des dents pendant le cours du traitement.

Il m'a paru bon de vous signaler ces diverses observations, qui sont moins rares aujourd'hui depuis les travaux de Younger, mais qui n'en offrent pas moins quelques particularités intéressantes.

# RÉPONSE A L'ÉTUDE DE M. CHAPOT-PRÉVOST

## SUR LA CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE [1]

Par le Dr Léon Frey,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Professeur à l'École dentaire de Paris.

Dans une série d'articles qu'a publiés *L'Odontologie* (nos 8, 9, 10, 11, 1903), mon confrère Chapot-Prévost professeur à l'Ecole d'odon-

---

1. *M. le Dr Frey qui est un partisan convaincu de la nouvelle langue internationale nous remet avec l'article ci-dessus, la traduction en* Esperanto.

# RESPONDO AL LA STUDO DE SINJORO CHAPOT-PRÉVOST

## PRI LA ORDIGO DE LA DENTA KARIO

Par le Dr Léon Frey,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Professeur à l'École dentaire de Paris.

En serio de artikoloj kiujn publikigis la Dentologio (no 8, 9, 10, 11 — 1903) mia kunfrato Ch. Prévost, profesoro en la lernejo dentologia de Rio-de-Janeiro, remetas en disputado la ordigon de la denta kario ; mi ne volas lin sekvi en la dedalon de siaj disgredoj kaj disputadoj anatomiaj kaj anatom-pathologiaj ; mi al mi proponas simple demandojn sekvantajn :

1o) Cu la ordigo de la kario en 4 gradoj, tiel kiel ni akceptas en la lernojo de Paris, estas kritikebla science ? jes.

2o) Cu la diversaj ordigoj, studitaj de Ch. Prevost, kaj tiu, kiun li proponas, estas pli bonaj science ? jes.

3o) Cu devas oni ilin alpreni kaj forlasi nian ordigon ? neniel.

Jen la kaŭzo : mi opinias ke tiu ordigo en 4 gradoj sendube povas esti facile disjetita, se oni konsideras la sencon pure sciencan, sed respondas al neceseco.

1o) Praktika ;

2o) Pedagogia.

1o) *Neceseco praktika :*

Multaj ekzemploj povos komprenigi la utilecon praktikan de nia ordigo :

*a*) Kiam lernanto aŭ kunfrato estos dirinta post ekzameno klinika de la dento malsana « *duan gradon profundan* » la vorto sola implikos dezinfekton profundan de la elefantosto, kuracadon konservantan de la pulpo[2] tiom kiom eble.

*b*). . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« *Trian gradon* » la vorto sola implikos la mortigon de la pulpo kaj de siaj dependecoj.

*c*). . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« *Trian gradon finantan* » la vorto sola, montranta ankoraŭ vivon en la kanaloj radikaj sen putrado, implikos la kuracadon.

*d*). . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« *Kvartan gradon simplan* » la vorto sola implikos la dezinfekton profundan kaj singardeman.

*e*). . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

« *Kvartan gradon mal simplan per artrito* » la vorto sola implikos la « modus faciendi ». Do jen ordigo malvera science, artefarita, ni gin konsentas ciuj en

tologie de Rio-de-Janeiro, remet en discussion la classification de la carie dentaire. Je ne veux pas le suivre dans le dédale de ses digressions et discussions anatomiques et anatomo-pathologiques; je me pose simplement les questions suivantes :

1°) La division de la carie en quatre degrés, telle que nous l'admettons à l'Ecole de Paris, est-elle critiquable scientifiquement ? Oui.

2°) Les diverses classifications étudiées par Ch. Prévost et celle qu'il propose sont-elles meilleures scientifiquement ? Oui.

3°) Faut-il les adopter ? Non.

En voici la raison : je trouve que cette division en quatre degrés peut sans doute être facilement démolie, en se plaçant au point de vue scientifique pur, mais elle a l'avantage de répondre à une nécessité :

---

la lernejo, sed kiu havas la grandegan utilon de montri precize kaj klare, per unu sola vorto, la vundon kaj sian kuracadon.

2°) *Necesecco pedagogia* :

De dekdu jaroj baldaŭ ke mi faras la kurson de denta patologio en la lernejo dentologia de Paris, mi konstatis ofte la utilojn de nia ordigo.

Kion sercas ni en la Lernejo per nia instruado teoria ?

Ni provas, altrudanta al la lernanto mînimumon de kursoj, en li enradiki maximumon de konoj klaraj, plennombraj kaj memoreblaj.

Du ekzemploj komprenigos :

*a*) Per la studo de la tria grado, la lernanto estas devigita de koni la diversajn formojn de pulpitoj [3] (malforta, forta, kronika) ; tiuj konoj utilas al li ne sole en la kario malsimpla, sed ec en la traŭmatismoj [4] la mult-artrito etc. Ciuj la pulpitoj estas la samaj, kia ajn la kaŭzo (kario, traumatismo, artrito) : li konas ilin ciujn kiam li konas la trian gradon, kaj mi sparemas al li tempon grandegan, car kiam la vorto pul pito revenas en aliaj capitroj de la denta patologio, mi ne detale diras.

*b*) Simile pri la kvarta grado ; kiam miaj lernantoj estas bone kompreninta la studon de la dento mortinta, de la artritoj alveoldentaj, de iliaj malsimplecoj (abcesoj, fistulaj etc.) mi faciligis al ili la komprenon.

De *ciuj* mortigoj pulpaj ;

De *ciuj* artritoj ;

De *ciuj* abcesoj, etc.

Do, mi gin repetas, la ordigo en kvar gradoj estas artefarita, sed pro sia utilo en la praktiko, kaj en la instruado, ni gin konservos. Per gi, mi ponas en 25 lecionoj cirkaue lernigi al miaj lernantoj tiom precize kaj plene kiom eble tutan la patologion dentan.

Por fini, mi respondos pri 2 faktoj personaj.

1°) Mi opinias ke S^{oro} Ch. Prévost, aludanta la malklarecon sciencan kiu surprizas la lernanton en odentologio, ne konsideras sufice la penadojn de ni ciuj kaj de mi speciale ; mi opiniis, per nia ordigo de la kaŭzoj de la kario, per mia priskribo metoda de diversaj vundoj dentaj, esti ordiginta iom la konojn utilajn al la lernanto, kaj mi bedaŭras de ne esti komprenita de S^{oro} Ch. Prévost kiam li min citas por « se dispenser de plus amples commentaires ! ».

2°) Li al mi riprocas malrajte de konfuzi « l'érosion chimique avec l'érosion-atrophie, anomalie dentaire ».

Li relegu la paragrafon de mia skribajo titolita « synonymie » kaj li konstatos ke mi estas farinta la distingigojn kaj evitinta la konfuzon faritan de simileco de vortoj.

1°) Pratique ;

2°) Pédagogique.

1°) Nécessité pratique.

Quelques exemples pourront faire comprendre l'utilité pratique de notre classification.

*a*) Quand l'étudiant ou le confrère auront dit, après examen clinique de la dent malade,

« 2e *degré avancé* », le mot seul impliquera désinfection profonde de l'ivoire, traitement conservateur de la pulpe autant qu'il est possible.

*b*) Quand, etc.

« *3e degré* », le mot seul impliquera la mortification de la pulpe et de ses dépendances.

*c*) Quand, etc.

« *Fin de 3e degré* », le mot seul, indiquant encore de la vitalité dans les canaux radiculaires sans phénomènes de putréfaction, impliquera le mode de traitement.

*d*) Quand, etc.

« 4e *degré simple* », le mot seul impliquera la désinfection profonde et prudente.

*e*) Quand, etc.

« 4e *degré compliqué d'arthrite* », le mot seul impliquera le *modus faciendi*.

Donc voilà une classification qui n'est pas vraie scientifiquement, qui est factice, nous en convenons tous à l'Ecole, mais qui a l'immense avantage d'indiquer d'une façon précise et claire, par un seul mot, la lésion et son mode de traitement.

2°) Nécessité pédagogique.

Depuis douze ans bientôt que je professe le cours de pathologie dentaire à l'École dentaire de Paris, j'ai constaté souvent les avantages de notre classification.

Que cherchons-nous à l'Ecole par notre enseignement théorique ? Nous essayons, en imposant à l'étudiant un minimum de cours, de lui inculquer le maximum de notions claires, complètes et faciles à retenir.

Deux exemples nous feront comprendre :

*a*) Par l'étude du 3e degré l'étudiant est obligé de connaître les diverses formes de pulpites (subaiguë, aiguë, chronique) ; ces notions lui servent non seulement en ce qui concerne la carie compliquée, mais encore en ce qui concerne les traumatismes, la polyarthrite, etc. Toutes les pulpites sont les mêmes, quelle qu'en soit la cause (carie, traumatisme, arthrite) ; il les sait toutes quand il connaît son 3e degré et je lui épargne de la sorte un temps considérable, puisque, si le mot pulpite revient dans d'autres chapitres de la pathologie dentaire, je n'ai pas à m'y étendre.

*b*) De même à propos du 4e degré : si mes élèves ont bien compris l'étude de la dent morte, des arthrites alvéolo-dentaires, de leurs complications (abcès, fistules, etc.), je leur ai facilité la compréhension.

De *toutes* les mortifications pulpaires ;

De *toutes* les arthrites ;

De *tous* les abcès, etc.

Donc, je le répète, la division en quatre degrés est factice, mais en raison de ses avantages dans la pratique et dans l'enseignement, je la conserverai. Grâce à elle, je puis, en vingt-cinq leçons environ, faire connaître à mes élèves d'une façon aussi claire et complète qu'il est possible tous les éléments de la pathologie dentaire.

Pour finir, je vais répondre à deux faits personnels :

1°) Je trouve que M. Chapot-Prévost, en faisant allusion à la confusion scientifique qui surprend l'étudiant en odontologie, ne tient réellement pas un compte suffisant de nos efforts à tous et des miens en particulier ; je croyais, par ma classification des causes de la carie, par ma description méthodique des lésions dentaires, avoir mis un peu d'ordre dans les notions utiles à l'élève et j'ai le regret de n'avoir pas été compris de M. Chapot-Prévost quand, après m'avoir cité, il ajoute qu'il se dispense de plus amples commentaires.

2°) Il me reproche à tort de confondre « l'érosion chimique avec l'érosion atrophie, anomalie dentaire » trouble congénital de structure.

Qu'il se reporte au paragraphe de mon mémoire intitulé « Synonymie » et il verra que j'ai tenu à faire les distinctions et à éviter la confusion amenée par une similitude de mots.

# TRAVAUX

## du 3me Congrès Dentaire International (1900)

## Contribution à l'étude de l'anesthésie dans les opérations sur les dents. De l'éthérisation à dose dentaire *(suite et fin [1])*.

Par les Drs **Julien Tellier** et **Camille Tellier**, de Lyon.

### VI

Nous rappelons que nous exposons ici notre façon de procéder en ce qui concerne les opérations dentaires sous anesthésie à l'éther, et que nous n'avons pas la prétention de fixer des règles invariables.

Nos opérations sont presque exclusivement faites dans notre cabinet, et tout à fait exceptionnellement au domicile des patients. C'est, croyons-nous, vouloir inutilement se créer des difficultés opératoires que de pratiquer des extractions multiples sur un malade couché dans un lit ordinaire. S'il est nécessaire, et c'est ordinairement le cas, de procéder à l'extraction de dents ou racines situées dans toutes les régions de la bouche, il n'est pas douteux que l'on est plus à l'aise avec un patient endormi sur un fauteuil dentaire autour duquel on peut évoluer suivant les nécessités du moment ; d'autre part, chez lui, le chirurgien a sous la main tout son arsenal ; en cas d'imprévu, il n'est pas au dépourvu. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ces avantages. Peut-il y avoir des inconvénients à suivre cette pratique ? Evidemment oui, et la première objection qui se présente à l'esprit, c'est la possibilité d'un accident dû à l'anesthésie générale, avec toutes ses conséquences pour l'opéré, et disons-le sans biaiser, pour le chirurgien ; il n'y a rien de déshonorant à

1. V. *L'Odontologie* du 30 septembre et du 15 octobre 1903.

penser même aux suites *pratiques* d'un malheur de ce genre. Mais l'objection n'a pas la valeur qu'elle semble avoir. *En employant l'éther comme agent d'anesthésie,* en prenant toutes les précautions que nous avons exposées ou que nous exposerons plus loin, on peut dire, autant qu'il est permis d'affirmer chose humaine, qu'il semble impossible d'avoir un accident mortel. Certes l'avenir n'est à personne ; un coup brutal du sort peut toujours donner un démenti aux prévisions de l'esprit humain qui semblent le mieux assurées. Nous voulons répéter seulement qu'avec l'éther et dans les conditions où l'on doit se placer pour une opération dentaire, la mort, du fait de l'anesthésie, nous semble ne pouvoir se produire que dans des circonstances avec lesquelles il est, pratiquement parlant, impossible de compter, et à moins de ne jamais agir, il ne faut pas tabler sur l'existence de *possibilités* capables de renverser les calculs de la responsabilité la plus consciente.

On nous reprochera peut-être de trop nous avancer. Qu'on nous excuse en raison du désir ardent que nous avons de faire passer notre conviction dans l'esprit de nos confrères. Nous avons une grande expérience de l'anesthésie à l'éther. L'un de nous peut, sans aucune exagération, affirmer qu'il a assisté à six ou sept mille éthérisations, faites sous la direction de ses maîtres ou sous sa propre responsabilité, pour des opérations de toute nature et sur des malades de toutes sortes. Jamais il n'a assisté à aucune alerte véritablement grave : il a publié un cas de mort survenu *après l'anesthésie*, mais non pendant, et dans des conditions absolument spéciales [1]. Jamais nous n'avons assisté, pendant une anesthésie à l'éther, à une de ces séances vraiment dramatiques dont nous avons pu être témoins pendant la chloroformisation. Quoi qu'il en soit, la possibilité d'un accident pendant l'anesthésie avec l'éther, dans les conditions où l'on doit se placer pour une opération dentaire, nous paraît un fait dont,

1. J. Tellier, *Mécanisme des accidents attribués à l'emploi de l'éther comme anesthésique dans certaines interventions pour occlusion intestinale. Lyon Médical,* 1894.

en pratique, on ne doit pas tenir compte pour refuser d'endormir un patient, à plus forte raison de l'endormir dans son cabinet.

Il faut naturellement le mettre à l'abri des causes possibles d'accident : avoir examiné avec soin son patient, être sûr de l'intégrité de ses organes, c'est la première condition, absolument indispensable. L'opéré sera à jeun depuis la veille, n'aura pris ni liquide ni aliment solide; l'estomac doit être absolument vide : la raison en est dans la possibilité de l'apparition des vomissements au cours de l'anesthésie générale et de l'introduction des matières rejetées dans les voies respiratoires.

Il faut, autant qu'on le peut, le rassurer sur l'innocuité de l'intervention, le convaincre de l'absence de tout danger, lui répéter qu'il ne sentira rien, etc.

Pour opérer dans de bonnes conditions, il est de toute nécessité que le fauteuil dentaire employé présente les qualités suivantes. Il doit être solide, bien entendu, mais surtout il doit permettre de faire l'anesthésie, le patient étant dans le décubitus horizontal : cette condition est absolue. On ne doit jamais donner d'éther à un opéré sur un fauteuil auquel on ne peut, *au moins*, faire prendre cette position. Au moins, disons-nous : avec certains fauteuils, en effet, on peut placer le malade dans une position semblable à celle que l'on obtient avec les tables à la Trendelenburg, c'est-à-dire telle que les pieds soient à un niveau plus élevé que la tête (les fauteuils dits Columbia, par exemple). Cela peut être utile pour combattre l'apparition d'accidents d'asphyxie. Le patient est déshabillé; rien ne doit gêner la respiration, donc aucun lien, aucun vêtement *serrant* autour du corps; il est bien couvert, quoique la pièce où l'on opère soit chauffée et maintenue à une température convenable.

Voilà pour la position du sujet. Examinons maintenant la question des aides. Jamais le chirurgien ne doit être seul, il est à peine besoin de le dire : il doit avoir avec lui un confrère capable de l'aider intelligemment. D'abord, au point de vue de l'anesthésie, puis de l'opération elle-même; ayez, si

vous le pouvez, un confrère ayant assisté à un certain nombre d'opérations dentaires. Sinon, informez-le avec tact de ce que vous attendez de lui au point de vue spécial de l'opération, pendant laquelle il aura surtout à surveiller l'anesthésie, mais aussi à placer la tête, à présenter le champ opératoire suivant les indications.

En dehors de lui, deux autres aides seront nécessaires, et le praticien les trouvera facilement dans son personnel ordinaire. Ils sont destinés, pendant l'anesthésie, à maintenir le patient. Pendant l'opération, l'un aura pour rôle exclusif de placer et de maintenir un écarteur des mâchoires, l'autre armé d'éponges ou de tampons de coton mouillé, bien exprimés, monté sur des porte-éponges ou de longues pinces hémostatiques, sera chargé d'éponger le champ opératoire.

Les instruments, daviers, élévateurs, etc., ont été placés par le chirurgien sur une petite table, à portée de sa main. Ils ont été désinfectés, cela va de soi, et reposent dans un plateau en verre, en porcelaine, etc. ; nous n'avons pas à insister sur ces détails : on peut commencer.

L'éther qu'on emploiera doit être exempt de toute impureté. Pour avoir une certitude à ce point de vue, il faut, autant qu'il est possible, employer toujours la même marque, lorsqu'on a réussi à avoir un éther de bonne qualité. On se mettra ainsi à l'abri des accidents pouvant provenir de l'impureté de l'agent dont on se sert, et il en faudra une moindre quantité pour obtenir le résultat cherché. Nous nous servons toujours de l'éther Adrian, à 66°.

L'éther est administré soit au moyen d'une espèce de sac formé d'une simple vessie, recouverte ou non d'étoffe, (c'est le bonnet à éther), soit au moyen d'un *masque*, composé d'une armature en fil de fer recouverte de toile cirée. Nous employons le masque de Julliard (de Genève) ; une éponge humide est placée au fond du masque.

C'est sur elle qu'on verse l'éther, *larga manu*, au début. Les yeux du patient sont recouverts d'une pièce de linge mince, ordinairement un mouchoir plié en long, de façon à éviter l'action un peu irritante des vapeurs d'éther. Le mas-

que est approché lentement du visage de l'opéré, pendant qu'on l'engage à respirer profondément, en lui adressant des paroles d'encouragement : puis il est appliqué sur la figure qu'il recouvre entièrement. Parfois à ce moment, le patient a une sensation « d'étouffement » un peu pénible et se débat. Mais il est bien maintenu et ce mouvement de défense n'est pas de longue durée. Au bout d'une minute ou deux, on verse de nouveau de l'éther, en égouttant légèrement le masque de façon à rejeter le liquide qui ne serait pas retenu par l'éponge. On recommence une ou deux minutes après, et ainsi de suite. Souvent, surtout avec les éthers de bonne qualité, au moment où l'on réapplique le masque sur la figure du patient il se produit une toux légère due à l'action irritante des vapeurs sur les premières voies respiratoires. Il suffit le plus souvent de soulever un peu le masque pour laisser passer un peu d'air pur, et la toux cesse le plus ordinairement.

Au bout de quatre à cinq minutes, commence la période d'excitation, variable, naturellement, suivant les individus. Parfois à peine marquée, elle nécessite en certains cas une véritable lutte avec le patient, s'il n'est pas suffisamment maintenu par les aides : c'est le cas par exemple, chez les alcooliques. Nous avons toutefois remarqué que l'excitation est moindre chez nos malades que chez ceux que nous avons autrefois anesthésiés avec de l'éther dans les hôpitaux, fait que nous attribuons aux bonnes qualités du liquide que nous employons. Faible ou intense, cette excitation manque rarement, et l'on peut même établir en règle générale que, si elle ne s'est pas manifestée, l'anesthésie cherchée n'est pas produite. Le malade peut dormir, mais il n'est pas insensible et si l'on commence à opérer à ce moment, on est certain de voir réapparaître trop tôt la sensibilité.

La période d'excitation passée, la raideur musculaire cesse peu à peu, la respiration devient plus calme, régulière et bientôt on peut constater la résolution musculaire ; soulevez un bras, il retombe inerte : pincez-le, le patient n'accuse aucune sensation. S'il s'agissait d'une opération à faire sur

n'importe quelle région du corps, on pourrait alors commencer. Mais il ne faut pas oublier que dans une opération à pratiquer sur la bouche on ne peut continuer, avec l'éther, à administrer l'agent anesthésique. Il faut donc pousser l'anesthésie un peu plus loin, si le nombre des extractions est considérable ou si l'on prévoit des difficultés opératoires nécessitant une insensibilité un peu prolongée. C'est sur l'état de la cornée qu'il faut se baser ; tant qu'elle n'est pas insensible, c'est trop tôt, dans l'hypothèse où nous nous plaçons, pour entreprendre les extractions. En examinant l'état de la cornée, on constate que la pupille reste contractée ; il ne faut pas pousser l'anesthésie jusqu'au moment où la pupille est dilatée ; dès que la cornée est insensible, on enlève le bonnet ou le masque, et l'opération commence.

On lit dans certaines descriptions d'éthérisation que l'insensibilité est complète au bout d'un temps qui varie de trois à cinq minutes : nous déclarons hardiment que cette affirmation est loin d'être l'expression de la vérité. Souvent, il est vrai, l'opéré est au bout de ce temps dans un état de tranquillité qui ressemble à l'insensibilité, et qui permet de commencer une opération autre qu'une opération dentaire, alors qu'on continue à administrer l'agent anesthésique. A la rigueur, s'il s'agit d'un nombre relativement restreint d'extractions faciles et susceptibles d'être rapidement exécutées, on peut aller de l'avant. Mais en règle générale, l'anesthésie n'est guère obtenue avant 8 à 10′ au moins. Si l'on a commencé trop tôt, le patient accuse vite le retour de la sensibilité, et l'on met sur le compte de l'agent utilisé un insuccès qui est dû à la méthode ou plutôt à l'absence de méthode de son emploi.

Nous supposons que l'opération doit consister en extractions multiples à faire dans tous les points de la région gingivo-dentaire. Naturellement nous commençons par la mâchoire inférieure. Si l'on a l'habitude de se placer à gauche pour le côté gauche inférieur, c'est par là qu'il faut commencer ; on évite ainsi de se déplacer deux fois pendant l'opération. Un des aides fait basculer le fauteuil, jusqu'à ce

que l'opéré soit dans la position d'un homme assis, le corps légèrement penché en arrière. L'aide qui a pratiqué l'anesthésie maintient la tête du patient suivant les indications de l'opérateur, en surveillant avec soin la respiration. Nous le répétons, en y insistant : avec l'éther, c'est la respiration seule qui doit être l'objet de toute l'attention de celui qui anesthésie; il n'y a pas de syncope à craindre chez un individu bien portant, même dans la position assise. Avec le chloroforme, au contraire, c'est à ce moment que se produisent souvent les accidents syncopaux, par suite des propriétés mêmes de l'agent anesthésique, augmentées encore par les mouvements qu'il faut imprimer à l'opéré pour les extractions. Si la respiration semblait gênée, on ferait de nouveau basculer le fauteuil pour lui rendre la position horizontale : le fait est très rare à ce moment.

Un autre aide, chargé d'introduire l'écarteur des mâchoires, s'est placé à droite de l'opéré. Les extractions faites du côté gauche, l'opérateur passe à droite, le même aide passe à gauche. Ce sont, à notre avis, les extractions de la moitié inférieure droite qui offrent le plus de difficultés avec l'anesthésie générale, surtout si l'on opère avec les daviers courbés suivant les bords. L'opérateur a passé son bras autour de la tête du patient, il est quelque peu gêné dans ses mouvements par l'aide qui écarte les mâchoires. La vue est gênée par le sang, il ne peut éponger lui-même, etc. Bref, si le cas le permet, il pourra parfois utiliser les daviers courbés sur le plat, qui lui permettront d'opérer placé en face de son patient, et non plus en quelque sorte derrière lui. Si l'hémorragie est abondante, c'est le troisième aide qui fait l'hémostase, au moyen de tampons montés sur de longues pinces à arrêt, de bonne qualité.

Nous n'insistons pas sur les détails opératoires, qui ne font pas l'objet de cette étude, où ils seraient déplacés : nous ne les donnons qu'autant qu'ils sont utiles à notre description d'une anesthésie générale.

Les extractions terminées à la mâchoire inférieure, on fait de nouveau basculer le fauteuil, non jusqu'à ce qu'il ait at-

teint la position horizontale, mais une position inclinée, au gré de l'opérateur, suivant le cas, et l'opération est achevée le plus rapidement possible. Puis, le fauteuil est remis horizontalement et la tête du patient inclinée d'un côté pour favoriser l'écoulement du sang au dehors. On procède à sa toilette s'il a été souillé par le sang, et sous l'influence du linge mouillé qui le « débarbouille », le patient commence déjà à reprendre conscience ; en général, si on a employé du bon éther, la quantité qui a été employée est relativement assez faible et le réveil est ordinairement rapide. Quand l'opéré a parlé, en réponse à une question posée, il est en état d'être transporté : nous disons transporté, car il arrive souvent que le réveil a été assez rapide pour que le patient se sente assez fort pour se lever et veuille aller, en marchant, dans la salle où il doit être gardé quelques heures. Il faut s'y opposer. Un aide vigoureux le prend dans ses bras et le porte sur un lit dans une pièce voisine.

## VII

Les suites de l'anesthésie sont en général très simples. Les premiers moments sont parfois un peu pénibles, à cause des nausées et des vomissements qui peuvent se produire en certains cas : mais, avec l'emploi d'éther de bonne qualité, cette période est généralement assez courte. Quelques nausées, parfois des vomissements, mais peu nombreux : l'opéré a avalé du sang, et le rejette, et pourrait être effrayé si on ne le prévenait pas que c'est du sang ingurgité au moment de l'opération. Au bout de quelques heures, de trois à quatre en général, nos patients peuvent se lever, s'habiller, et rentrer chez eux en voiture. Pendant ce temps, dès le moment où la conscience est revenue à l'opéré, il peut procéder à des lavages de bouche aussi souvent qu'il est nécessaire ; mais il faut s'opposer, quelque insistance qu'il y mette, à le laisser ingérer même un peu de liquide, avant qu'il se soit écoulé quatre ou cinq heures après l'opération, et encore à la condition qu'il n'y ait eu que peu de vomissements

au début, ce qui, nous le répétons, est presque la règle.

Une des objections qu'on a faites à l'emploi de l'éther, tout au moins en comparaison avec le chloroforme, est l'existence de vomissements consécutifs, plus pénibles qu'avec ce dernier agent. Mais outre que, nous le répétons, les vomissements un peu abondants sont rares avec du bon éther, rien n'est moins prouvé que l'avantage accordé au chloroforme sous ce rapport. Nous avons eu l'occasion d'endormir à l'éther une dame qui avait été chloroformée deux fois : il s'agissait en l'espèce d'une sinusite, avec ostéite de la paroi antérieure de l'antre d'Hyghmore et fistule sous-orbitaire, consécutive à une périodontite suppurée de la première molaire. Le chloroforme avait été administré une première fois, à Paris, pour des extractions dentaires, et une deuxième fois, pour une opération de gynécologie. Les suites immédiates avaient été, la première fois, déjà très pénibles ; mais après la deuxième anesthésie, les vomissements avaient persisté pendant plus de cinquante heures. Au contraire, après l'anesthésie à l'éther, il y eut à peine deux ou trois vomissements, et la patiente nous déclara qu'elle préférait, et de beaucoup, l'éther au chloroforme. En résumé, on peut dire que la règle est ordinairement la persistance d'un état nauséeux, sans vomissements, ou presque, pendant un temps variable, d'une heure à deux ou trois heures.

## VIII

L'anesthésie, comme nous venons de la décrire, est l'anesthésie type, si nous pouvons ainsi dire, et nous avons, quant à nous, assez souvent l'occasion de l'observer telle. Il faut bien dire cependant que tout ne se passe pas toujours aussi simplement et que le cours en est assez souvent troublé par des incidents. Nous disons incident et non accident. Car encore une fois, nous sommes persuadés que l'accident, s'il peut exister, est infiniment rare, par l'emploi de l'éther, dans les conditions que nous avons précédemment établies.

Il est assez fréquent d'observer la production de mucosités

trachéales et bronchiques pendant l'anesthésie à l'éther. C'est là le gros inconvénient, nous dirions volontiers le seul, de cet agent anesthésique, et nous reconnaissons bien volontiers qu'il peut devenir redoutable entre des mains inexpérimentées. Ces mucosités, qui sont dues à l'action irritante des vapeurs d'éther sur la muqueuse des voies respiratoires, amènent une gêne mécanique de la respiration qui nécessite une certaine attention de la part de celui qui administre l'éther. Si elles sont peu abondantes, elles peuvent ne fournir aucune indication : mais pour peu qu'elles augmentent, il faut tout d'abord incliner la tête du patient sur le côté, parfois aussi le tronc tout entier, débarrasser la bouche et les lèvres des mucosités, et au besoin, avec une éponge ou un tampon monté sur une pince à arrêt, aller les éponger dans la cavité pharyngienne. Aussitôt après, la respiration redevient régulière ; on suivra la même conduite, si les mêmes indications se représentent.

On a dit que la production de ces mucosités était plus fréquente et plus abondante chez les enfants auxquels on donne de l'éther que chez les adultes, à Lyon même, où l'anesthésie à l'éther est la règle et l'anesthésie au chloroforme l'exception, dans les hôpitaux d'enfants le chloroforme était, jusqu'à ces dernières années, ordinairement employé. En ce qui nous concerne, il ne nous semble pas que le reproche soit fondé : nous n'avons rien remarqué de semblable dans nos éthérisations chez les enfants. Fût-il même justifié, nous n'en aurions pas moins une certaine répugnance à donner le chloroforme pour opérations dentaires à de jeunes enfants, pour les mêmes raisons que nous avons déjà exprimées.

Les vomissements pendant l'anesthésie sont-ils plus fréquents avec l'éther qu'avec les autres anesthésiques généraux ? A notre avis, non ; les partisans du chloroforme disent oui : la question est encore à discuter. Quoi qu'il en soit, l'apparition des vomissements est un incident aussi plutôt qu'un accident. Aussitôt que des nausées surviennent, inclinez le patient sur le côté, sans enlever le bonnet ou le masque. On l'a dit depuis longtemps : la meilleure façon d'arrê-

ter les vomissements dus à l'éther, c'est de continuer à donner de l'éther. Mais surveillez avec soin; s'il y a des mucosités, épongez-les, et s'il y a du liquide rejeté, recueillez-le dans une petite cuvette, un plat à barbe, etc..., et redonnez de l'éther, le patient étant toujours sur le côté. Le plus souvent il n'y a pas d'autre conduite à tenir.

Il peut arriver cependant qu'il se produise à ce moment un commencement d'asphyxie; la face se congestionne, voire même vire au violet, pendant que le patient fait de vains efforts pour introduire un peu d'air dans sa poitrine. Écartez vivement les mâchoires, prenez la langue avec une pince, pince spéciale autant qu'il est possible, ou simple pince à arrêt, pince hémostatique, et tirez-la vivement au dehors. Épongez au besoin l'arrière cavité buccale avec un tampon monté et la respiration se rétablit, la face reprend sa coloration normale, et tout rentre dans l'ordre. Dans plus de cinq cents anesthésies pour opérations dentaires, nous n'avons jamais observé d'incident plus grave. S'il en était autrement, on pourrait exercer des tractions rythmées sur la langue, et se décider rapidement à pratiquer la respiration artificielle par élévation des bras, comme il est indiqué dans tous les cas d'asphyxie grave. Mais encore une fois, dans les opérations dentaires, on ne donne pas assez d'éther pour que l'organisme soit en quelque sorte saturé, et l'emploi de manœuvres longues et prolongées nous semble devoir être une rareté, nous dirions volontiers une impossibilité.

En résumé, les accidents qu'on peut observer doivent être mis, avec l'emploi de l'éther, sur le compte de l'asphyxie: le chloroforme prédispose à la syncope à toutes les périodes de l'anesthésie; l'éther n'offre un danger qu'à la période tertiaire, lorsque son emploi a été continué un certain temps qu'il est impossible de fixer d'une façon précise, mais qui sans aucun doute dépasse de beaucoup les limites du temps pendant lequel on l'administre pour les opérations dentaires. Il est rare, en pareil cas, de ne pas obtenir le degré d'anesthésie nécessaire à l'opération, en dix minutes, un quart d'heure au plus. On peut dire qu'il faut donner

l'éther pendant une heure au moins, avant d'entrer dans la période tertiaire. Nous répétons donc que les seuls accidents dus à l'éther sont des accidents d'asphyxie ; et les accidents de ce genre, on a toujours un certain temps devant soi pour les combattre. Des accidents peu graves peuvent survenir au début par le fait de *la chute de la langue en arrière,* chute qui a pour effet d'obstruer l'entrée des voies respiratoires. Nous avons alors à notre disposition une manœuvre très précieuse et très simple que nous n'avons pas encore rappelée et qui consiste à relever le menton sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir la bouche ; d'un doigt placé sous le menton, ou d'un doigt de chaque main placé sous les angles de la mâchoire, mettez la tête en extension un peu forcée, et la respiration se régularise ordinairement immédiatement. Dans bien des anesthésies ce simple moyen est d'une efficacité remarquable, et souvent il n'est pas nécessaire d'intervenir autrement pendant toute la durée de la narcose. Aussitôt que la respiration a tendance à devenir un peu sonore, employez-le, et l'effet est immédiat, à condition, bien entendu, que la voix nasale ne soit pas obstruée. S'il n'est pas suffisant, ce qui peut arriver, attirez la langue au dehors au moyen d'une pince. Si la cause de l'asphyxie est seule dans la tendance qu'à la langue à s'appliquer sur l'orifice des voies respiratoires, vous verrez une inspiration profonde se produire immédiatement et tout rentrer dans l'ordre. Si, au contraire, des mucosités plus ou moins abondantes se sont produites, il faut en débarrasser l'arrière-gorge comme nous l'avons déjà dit ; nous n'insistons pas. Enfin, au besoin, il faudrait pratiquer la respiration artificielle.

Nous n'avons pas à envisager tous les accidents possibles qui peuvent se produire dans l'anesthésie à l'éther. Nous n'avons pas à considérer les cas où l'on opère des malades affaiblis ou atteints d'affections telles que les obstructions intestinales, avec vomissements abondants, ou enfin des malades qu'on opère d'urgence, même s'ils ne sont pas à jeun, etc. En pareils cas, en effet, les vomissements peuvent être la source d'accidents graves qui imposeront la nécessité

de pratiquer la trachéotomie, par exemple, si des matières rendues pénètrent dans la trachée. Nous ne considérons l'anesthésie à l'éther que dans les opérations dentaires, sur des patients bien portants ou dont l'organisme ne nous a révélé aucune contre-indication plus ou moins formelle de l'emploi de la narcose, chez lesquels l'administration de l'éther n'est jamais bien prolongée,et n'est entreprise que si aucun aliment solide ou liquide n'a été ingéré depuis la veille, toutes conditions, on le conçoit, qui réduisent au minimum la possibilité d'un accident dû au seul emploi de l'anesthésique.

Mais, même dans ces conditions, il est un accident de l'anesthésie générale que nous devons signaler, quoiqu'il soit bien rare : c'est la possibilité de la chute dans les voies aériennes d'une dent ou portion d'une dent. C'est là un accident grave, le seul vraiment grave qui puisse se produire dans les limites de notre hypothèse ; c'est, pensons-nous, la seule objection un peu sérieuse qu'on puisse nous faire ; encore est-ce un reproche à l'adresse de l'anesthésie générale, avec un agent quelconque et non seulement avec l'éther. Il est de notion élémentaire qu'il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour l'éviter, et apporter une extrême attention à ne laisser aucun fragment détaché dans la bouche. Si cependant on laisse échapper une dent, racine, etc., il faut vivement pencher le patient en avant, tête et tronc, pendant qu'un doigt explore rapidement la cavité buccale, et ne le remettre en position qu'après s'être assuré de l'expulsion au dehors du corps étranger. Cette manœuvre est horriblement dangereuse si l'on use du chloroforme et il peut s'en suivre une syncope. Rien de tel avec l'éther donné à dose dentaire ; tout au plus la manœuvre peut-elle produire un peu d'asphyxie par suite de la flexion de la tête sur le tronc ; une fois le corps étranger expulsé, l'asphyxie cesse rapidement par l'emploi des moyens cités plus haut. Mais si au contraire le corps étranger n'est pas expulsé et qu'il y ait des signes d'asphyxie grave, indiquant qu'il est tombé dans les voies aériennes, la situation peut devenir dramatique.

Évidemment le chirurgien doit se décider sans retard à pratiquer la trachéotomie[1].

La possibilité de cet accident, le seul vraiment qui soit à redouter, est-elle de nature à faire rejeter l'anesthésie générale ? Pour un chirurgien conscient de sa responsabilité avec l'attention toujours en éveil particulièrement sur ce point, nous n'hésitons pas à répondre non.

L'inflammabilité de l'éther constitue pour quelques chirurgiens un danger tel qu'ils se refusent à l'employer. Il suffit de connaître la possibilité de cet accident pour l'éviter ; en particulier,il faut surtout savoir que les vapeurs d'éther peuvent s'enflammer au contact du cautère porté au rouge blanc.

Nous avons dit les suites immédiates de l'anesthésie à l'éther : des nausées, des vomissements parfois ne nécessitant aucun traitement, voilà en général à quoi elles se bornent. Quelques heures après l'opération, les patients peuvent se lever, s'habiller et rentrer chez eux, en voiture de préférence. Quelques-uns s'étendent le reste de la journée ; en tous cas, il est préférable de leur recommander le repos. Ils peuvent prendre soit un peu de bouillon, de lait, vers deux heures de l'après-midi (dans l'hypothèse où la narcose a eu lieu vers huit ou neuf heures du matin) et recommencer une heure après, si le liquide a été bien supporté. Vers les six heures du soir, ils peuvent manger un peu ; le lendemain ils reprennent leur vie habituelle. Quelques-unes de nos opérées accusent parfois un peu de lassitude pendant un jour ou deux. Nous n'avons rien observé de plus dans plus de cinq cents cas.

## IX

Quant aux suites lointaines, en ce qui nous concerne, nous n'avons pour ainsi dire rien à signaler. Un malade a eu pendant la nuit suivante une hémorragie abondante qui a cessé le matin spontanément, assez pour l'anémier quelque peu. Ce n'est pas là un accident de l'anesthésie. Nous

1. Voy. Lejars, *Chirurgie d'urgence*.

n'avons pas remarqué qu'en général l'hémorragie fût plus fréquente ou plus abondante à la suite de l'emploi de l'éther ; il nous semble même qu'elle est moins fréquente après des extractions multiples qu'après des extractions isolées ; mais ce n'est là qu'une impression. Nous ne savons pas si le fait a été signalé.

On a dit que l'éther favorisait la production d'affections du système respiratoire, telles que pneumonie, broncho-pneumonie et bronchite. Le fait peut être vrai à la suite d'interventions longtemps prolongées, pendant lesquelles, de plus, l'opéré a pu être soumis à des causes de refroidissement; lorsque d'un autre côté, comme dans les services d'hôpitaux, il doit être transporté, de la salle d'opérations où la température est généralement assez élevée, dans une salle de malades où elle est moindre, en passant parfois au travers de longs corridors mal chauffés, etc. Après nos éthérisations à dose dentaire, nous n'avons jamais rien observé de semblable : nous revoyons toujours nos opérés et nous n'avons en aucun cas noté de complication imputable à la narcose. Une de nos patientes est morte de pneumonie grippale plusieurs mois après l'opération ; il nous paraît difficile d'accuser l'éther d'avoir créé une condition prédisposante.

L'apparition de paralysies post-anesthésiques est un fait bien connu. Mally [1], qui les a étudiées et critiquées récemment dans la *Revue de Chirurgie*, a montré qu'il n'en était aucune qui pût être mise directement sur le fait de l'anesthésie elle-même. Tout au plus peut-on faire jouer un rôle indirect à la narcose pour quelques-unes d'entre elles, dues à la compression involontaire et accidentelle des troncs nerveux ou des racines des plexus brachiaux, pendant la lutte que les aides ont parfois à soutenir pour maintenir un patient au début de l'anesthésie ou pendant la période d'excitation. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer de paralysies hystériques ou réflexes, centrales ou périphériques à la suite de nos anesthésies.

---

1. Mally, *Paralysies post-anesthésiques. Revue de Chirurgie*, 1899, p. 91.

X

Nous voulons encore insister sur le point suivant. Dans une opération portant sur une partie quelconque du corps, une fois l'anesthésie obtenue, on enlève le masque, qui n'est réappliqué que lorsqu'il survient des signes indiquant que la sensibilité réapparaît. On redonne de l'éther, puis de nouveau on enlève le masque, et ainsi de suite. Dans une opération sur la face, si on se sert du chloroforme, on peut continuer à faire respirer l'agent anesthésique pendant les manœuvres de l'opération. Avec l'éther, non ; il faut réappliquer le masque qui couvre toute la face ; l'opération est fatalement interrompue. Nous savons bien qu'on a imaginé des moyens pour continuer l'administration de l'éther même dans ces cas : ces moyens ne sont pas passés dans la pratique. Nous disons même qu'il faut s'en abstenir dans les opérations dentaires. En effet, sans être extrême, l'hémorrhagie est parfois assez abondante, toujours notable ; le fait de réappliquer le masque pendant l'écoulement du sang expose au danger de faire pénétrer du liquide dans les voies aériennes et de produire des symptômes d'asphyxie. Pendant l'opération, on peut, à plusieurs reprises, commander à l'aide chargé de l'hémostase d'envoyer rapidement un tampon monté dans l'arrière-gorge, et éviter ainsi l'écoulement du sang du côté de l'ouverture du larynx. Il faut bien dire aussi que dans les opérations un peu longues, lorsqu'il s'agit de *nettoyer* plus ou moins complètement une bouche, même si l'on a attendu d'avoir une anesthésie complète avant de commencer, on voit la sensibilité réapparaître avant que tout soit terminé. Il faut alors se presser un peu et terminer les extractions avant le retour de la conscience chez l'opéré ; il y a moins d'inconvénients à pratiquer quelques extractions sur un patient à demi-conscient qu'à redonner de l'éther. L'opération finie, en effet, l'opéré ne se souvient le plus souvent de rien, surtout si on le laisse tranquillement se réveiller complètement.

## XI

Dans les pages qui précèdent nous avons exposé, d'une façon aussi complète qu'il est possible, la pratique de l'anesthésie générale au moyen de l'éther, de l'anesthésie à dose dentaire. Nous avons bien spécifié que c'était le résumé de notre pratique, et non l'exposé didactique de règles fixes et invariables. Volontairement nous nous sommes exposés à des redites, à des répétitions sur quelques points qui nous paraissent avoir une importance toute particulière. A certains moments de notre description, nous avons employé la forme impérative, plus brève, plus concise, plus commode aussi. Nous espérons qu'on voudra bien nous le pardonner.

Comme tous les dentistes, nous croyons à la nécessité d'employer tous les moyens possibles pour diminuer la douleur des interventions que nous pratiquons. L'anesthésie locale est souvent suffisante, et nous avons, soit dans les réfrigérants, soit dans les méthodes d'injections dans les tissus, des moyens qui sont le plus souvent capables de nous rendre les services que nous exigeons d'eux. C'est à eux que nous recourons le plus ordinairement : ce sont les seuls que, dans l'immense majorité des cas, nous proposons de nous-mêmes à nos patients. Mais enfin, on nous permettra bien de le répéter après beaucoup d'autres, ces moyens ne sont pas toujours efficaces, ils ne réussissent pas à empêcher la douleur lorsqu'il s'agit de les employer dans des tissus déjà malades, dans les cas de périodontite, abcès consécutifs, etc. S'il faut, pour extraire une dent de sagesse, dont les accidents d'évolution ont amené la production de trismus, procéder tout d'abord à l'écartement des mâchoires et pratiquer une extraction longue et laborieuse, peut-on raisonnablement admettre que l'anesthésie locale suffira ? Et même, s'il s'agit de patients qui ne veulent absolument pas souffrir et ne veulent pas être en état de conscience quand l'opérateur approchera d'eux, la main armée de l'instrument de supplice, sommes-nous en droit de leur refuser ce qu'ils demandent ?

Dans ce cas, oui, disent bien des dentistes; non, disons-nous, si leur état de santé le leur permet manifestement; mais ici, la solution est discutable. Enfin, et pour terminer cette énumération, qui n'est en somme que le résumé des indications de l'anesthésie générale, lorsqu'il s'agit d'extractions multiples, chez des patients dont il faut *nettoyer* plus ou moins complètement la bouche, dans le moins de temps possible, car ces patients viennent parfois de loin et ont leurs occupations, c'est-à-dire en une seule séance, comment procéder avec l'anesthésie locale, si l'on veut leur éviter toute douleur, et c'est ce qu'ils demandent? Pour nous, quand nous voyons des dentistes, que d'ailleurs nous estimons profondément, demander l'interdiction ou tout au moins la suppression de l'anesthésie générale pour les opérations dentaires, nous ne pouvons songer qu'à une seule explication: c'est que nous ne voyons pas des patients de même espèce, et si l'on veut réellement supprimer la douleur, nous ne voyons vraiment pas, dans l'état actuel des choses, la possibilité de renoncer à l'anesthésie générale.





# CORRESPONDANCE

Paris, le 17 septembre 1903.

Monsieur Martinier,

En votre qualité de rédacteur en chef de *L'Odontologie*, je crois bon de vous communiquer le renseignement ci-dessous relatif à l'origine des couronnes d'or.

Voici comment j'ai été amené à faire cette recherche.

*The Dental Brief*, de Philadelphie, dans son numéro de septembre 1903, a publié sous sa rubrique « Questions et Réponses » une question (n° 274) ainsi conçue :

« Qui a inventé ou donné l'idée des couronnes en or si souvent employées aujourd'hui ? »

» En quelle année ont-elles été employées pour la première fois ? »

Ce journal faisait à cette question la réponse suivante :

« D'après les registres du bureau des brevets, un brevet fut délivré au Dr B. Beers de Californie en 1873 pour des couronnes en or s'adaptant sur des dents naturelles brisées. Le Dr Beers cependant ne fut pas le premier à mentionner ce genre de travail. D'après les renseignements les plus anciens que nous avons pu recueillir, le Dr W. N. Morrison publia le premier un article dans le *Missouri Dental Journal* en mai 1869 où il disait avoir fait usage d'une couronne en or pour une dent brisée. »

Il me sembla que cette affirmation était inexacte et j'eus l'idée de chercher si le sujet n'était pas traité dans l'ouvrage de Mouton intitulé *Essay d'Odontotechnie*, publié à Paris en 1746, chez Antoine Boudet.

En effet, à la page 137, je lus les lignes suivantes :

« Lorsqu'il se trouve des dents assez tendres pour s'user par le frottement des seuls aliments, je ne crois pas qu'il y ait, pour les garantir de cet inconvénient, de moyen plus sûr que celui que j'ai imaginé et qui m'a parfaitement réussi.

» Il faut recouvrir la dent usée d'une calotte d'or qui incruste toute la surface extérieure et qui soit ajustée de manière qu'elle ne puisse intercepter aucune portion d'aliments. La dent opposée et les aliments n'ayant plus alors d'action sur le corps de la dent ainsi revêtue, elle est préservée, quelque tendre qu'elle puisse être, du dommage dont nous parlons.

» Cette pratique est très avantageuse pour les grosses dents, ou

» molaires, attendu qu'elles causent beaucoup de douleur quand la » dent commence à s'user près du nerf et qu'il n'y a d'autre moyen » pour l'arrêter que celui de sacrifier la dent. On est sûr de sa con- » servation, sans craindre qu'elle cause dans la suite aucun mal, lors- » que l'on s'y prend de bonne heure et à temps pour la faire recouvrir. » L'inconvénient que l'on peut trouver à faire la même opération aux » petites molaires et aux incisives est qu'étant placées au-devant de » la bouche, elles sont toujours exposées à la vue par les divers mou- » vements que les lèvres font soit en parlant, soit en criant.

» Les yeux sans doute seraient choqués d'une couleur aussi dispa- » rate que celle de l'enveloppe que je propose, mais si l'on pouvait se » résoudre à passer sur cette difformité, l'avantage qu'on en tirerait » compenserait bien cet inconvénient. Au surplus, quand l'usage de » ma méthode serait toujours restreint aux grosses dents, qui sont » cachées au fond de la bouche et qui sont celles qui s'usent le plus » par le travail qu'elles sont obligées de faire, plus considérable que » celui des incisives, l'utilité m'en paraît assez sensible pour ne pas la » rejeter, ni la négliger. »

Je vous laisse le soin de juger si ce point historique serait intéressant à relater dans *L'Odontologie.*

Au sujet de la date à laquelle remonte l'emploi des premières couronnes en or, je tiens à vous citer encore les paroles prononcées par M. Ballachey, en février dernier, au Congrès des dentistes à New-York, paroles qui confirment bien que les Américains ignorent généralement l'ouvrage de Mouton et que j'extrais du compte rendu de ce Congrès donné par le *Dental Cosmos*, février 1903, p. 109 :

« Le moyen de sauver la dent, quand il n'y reste que la racine, avec » une couronne en or, a été proposé par le Dr Beers, qui se fixa » en Californie environ vers 1849. Il bréveta son invention en 1873, » après l'avoir employée plusieurs années. Il mourut l'année suivante. » Ce procédé se généralisa seulement plusieurs années après. Cette » invention a été un véritable progrès dentaire, parce que la conser- » vation et la restauration d'une dent n'ayant pas autre chose que la » racine semblait jusqu'alors une impossibilité. »

Veuillez agréer, etc.

B. PLATSCHICK.

M. Platschick a parfaitement raison, et nous avons hélas ! trop souvent l'occasion de regretter l'oubli dans lequel nos confrères américains laissent les travaux de nos devanciers et l'ignorance qu'ils paraissent témoigner de ceux de nos contemporains. Pour ma part, j'ai, chaque fois que j'en ai eu l'occasion, établi que nombre de procédés et d'inventions dont on fait le plus grand cas actuellement sont dus à des Français.

En ce qui concerne les couronnes d'or, j'ai, d'abord dans une conférence faite à l'Ecole dentaire de Paris dans la séance de réouverture des cours du 5 novembre 1896 et publiée dans *L'Odontologie* du même

mois, rappelé que « ceux qui s'occupent d'art dentaire seront peut-être surpris que dès 1746 les couronnes d'or aient été employées par un dentiste français, tant il est vrai qu'après avoir découvert l'Amérique il nous faut encore retrouver l'Ancien Continent ! »

Dans mon *Manuel de clinique de prothèse* paru en 1898 (Ire édition), on peut lire également, p. 204 : « Mouton, en 1746, ayant observé l'usure des dents chez certains individus, confectionna et appliqua sur les molaires des couronnes d'or incrustées sur la face extérieure de la dent et destinées à relever l'articulation et à empêcher la continuation de cette usure. Nous devons donc faire remonter à cette époque la première application de ce procédé. »

D'ailleurs si nous devons constater l'ingéniosité des Français et revendiquer pour eux la priorité pour nombre de procédés, nous devons reconnaître aussi leur peu de persévérance à imposer leurs découvertes et surtout à les mettre au point.

En ce qui concerne la prothèse simplement, faut-il profiter de cette occasion pour rappeler encore une fois que la pièce à bandeau dite à pont, les appareils à pivot, les couronnes en or, les dents minérales, les appareils de redressement sans plaque, les appareils extenseurs des arcades dentaires ont été inventés par des Français et qu'ils ont été perfectionnés et mis au point par les Américains ?

Enfin et malgré que la priorité ait été contestée, le caoutchouc vulcanisé a été utilisé pour la première fois dans la confection des appareils dentaires par un dentiste français, Ninck, aidé par un industriel nommé Wenderling. Ces essais eurent lieu à Metz en 1854.

Nous avons le droit et le devoir d'être jaloux du patrimoine de nos aînés et, comme M. Platschick, je déplore que justice ne leur soit pas plus souvent rendue.

P. M.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

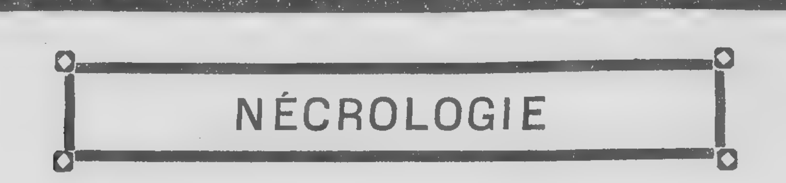
**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
**J. Fanguet, Georges Clotte, sr** (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
**A. Debraux**, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
**L. Mairlot** (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
**Mamelzer et fils** (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
**Al. Maylaënder** (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
**Société coopér. des dent. de Fr.**, 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214-47.** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
**Vve J. Wirth** (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**




## WILLIAM C. BARRETT

On annonce la mort à Nauheim (Allemagne), de M. William C. Barrett, doyen de la section dentaire de l'Université de Buffalo (Etat de New-York). Il s'était rendu dans cette ville pour y traiter une affection cardiaque lorsque la mort l'y a surpris le 22 août 1903, à l'âge de 69 ans.

William Barrett était né le 13 mai 1834 dans le comté de Monrœ (Etat de New-York). Il fit ses études dans les écoles publiques de ce comté, à l'Académie de Kingsville (Ohio), au Collège Cary et à l'Académie Gates, à New-York. Jusqu'à 30 ans il se consacra à l'enseignement et au journalisme. En 1864, il commença à étudier la dentisterie et obtint le titre de M. D. S. en 1868. Il exerça pendant dix ans à Warsaw (New-York), puis à Buffalo. En 1880 il fut gradué du Collège de chirurgie dentaire de Pensylvanie et de la Section médicale de l'Université de Buffalo en 1881. En 1899, l'Université de Lake Forest lui conféra le degré de L. L. D. Il était professeur de pathologie dentaire et d'anatomie dentaire comparée au Collège de chirurgie dentaire de Chicago, professeur des principes et de la pratique de la dentisterie et de pathologie buccale dans la Section dentaire de l'Université de Buffalo et doyen de cette section quand la mort survint.

Il avait pris part aux Congrès médicaux internationaux de Londres en 1881, de Washington en 1887, de Berlin en 1890 ; il était membre de l'Association dentaire nationale et de l'Association médicale américaine, membre honoraire de diverses sociétés de villes et d'Etats ; il avait été rédacteur en chef de l'*Independent Practitioner* de 1882 à 1888, du *Dental Practitioner* de 1893 à 1898. Il est l'auteur d'un *Traité de pathologie buccale,* qui en est à sa 2e édition, et de nombreux articles et brochures.

Il s'était marié en 1857. Sa femme lui survit. Il ne laisse pas d'enfants.

Il avait pris part aux délibérations de la F. D. I. à Stockholm en 1902 en qualité de délégué de l'Association dentaire nationale pour apporter à la Fédération une invitation à tenir à Saint-Louis le 4e Congrès dentaire international, et il était membre de la Commission internationale d'enseignement.

Le D[r] Barret avait été élu président de l'Association nationale à Minneapolis en 1885. Il fut pendant près de vingt ans président d'une ou de deux sections des Congrès nationaux annuels, où il présenta de nombreux rapports et de nombreuses communications savantes et intéressantes, car il avait un grand fonds d'érudition.

Il est le créateur du comité des relations extérieures dans l'Association des Facultés nationales.

Le D[r] Barrett était un des professeurs les plus estimés et il avait consacré sa vie à élever le niveau de la profession.

Sa mort est une perte pour la profession et sera ressentie vivement non seulement par tous ceux qui l'ont connu, mais par tous ceux qui ont à cœur le progrès de leur art.

Nous adressons à la famille du D[r] Barrett, que nous avons eu l'occasion de voir à Stockholm, l'expression de nos regrets personnels et ceux de toute la Rédaction de ce journal.

---

## THOMAS FLETCHER

On annonce la mort de Thomas Fletcher, décédé le 20 septembre à Grappenhall, près Warrington (Angleterre), à l'âge de 64 ans. Il avait quitté la profession dentaire en 1872 pour se consacrer à des recherches de laboratoire.

Il était l'inventeur du fourneau qui porte son nom et l'auteur de deux ouvrages qui ont eu de nombreuses éditions : la métallurgie dentaire (*Dental metallurgy*) et le gaz de houille comme combustible (*Coal gas as a fuel*).



## ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que la fête annuelle de la distribution des récompenses aux élèves de la scolarité 1902-1903 de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le samedi 21 novembre sous la présidence de M. Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, dans la salle de la Société des Agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes.

---

## INSPECTION DENTAIRE EN RUSSIE.

Sur l'ordre du Ministre de l'Intérieur, des chirurgiens-dentistes sont chargés pendant cet automne d'inspecter les dents des enfants de toutes les écoles.

---

## SOINS DENTAIRES SCOLAIRES.

Suivant une information de la *Zahnärztliche Rundschau*, les municipalités de Berlin et de Charlottenbourg préparent la nomination de chirurgiens-dentistes du sexe féminin pour les écoles de filles.

A Breslau, les trois orphelinats municipaux assurent gratuitement tous les soins de bouche à leurs pupilles.

---

## ETUDIANTS EN DENTISTERIE ALLEMANDS.

Sur les 37.813 étudiants inscrits en 1903 dans les Universités allemandes on en comptait pour le semestre d'été 302 en dentisterie.

---

## SOINS DENTAIRES AUX PAUVRES.

La municipalité de Charlottenbourg a ouvert un crédit de 2000 marks en 1903 pour le traitement dentaire des pauvres. Ce traitement est assuré momentanément dans les cliniques de Berlin.

**Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».**

*La plupart du temps les confrères qui usent de nos* « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

*L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir* **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée :* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

23e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1903 VOL. XXX




*L'Odontologie* est une **TRIBUNE LIBRE**, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

## Travaux Originaux

# ORTHODONTIE

## DU CHOIX D'UN APPAREIL EXTENSEUR POUR REMÉDIER A L'ATRÉSIE DE L'ARCADE DENTAIRE SUPÉRIEURE

Par M. P. MARTINIER,

Professeur de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris.

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

Les appareils imaginés pour remédier aux irrégularités des maxillaires sont maintenant assez nombreux, et chaque jour apporte une contribution nouvelle au traitement de ces anomalies. Cependant l'époque où l'on niait leur action, surtout au point de vue de la durée des résultats, n'est pas éloignée.

Il est heureusement acquis désormais qu'il est parfaitement possible, et qu'il est souvent facile, d'augmenter ou de diminuer l'étendue des arcades dentaires et d'en modifier la forme ; nous avons, en outre de nombreuses observations qui nous permettent de faire la preuve que les résultats obtenus peuvent être maintenus définitivement si l'on prend les précautions indispensables.

Mais, si le nombre des appareils extenseurs est déjà assez

élevé pour rendre possible un choix, il n'est pas toujours aisé de le faire selon les indications formelles du cas, tout en tenant compte de certaines considérations secondaires, qui cependant jouent souvent un rôle important dans la façon d'appliquer le traitement prothétique. C'est pour cette raison que j'ai pris parmi les appareils extenseurs les plus connus celui qui me paraît devoir être adopté dans la grande majorité des cas, en indiquant les motifs qui m'ont guidé dans ce choix.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de l'atrésie du maxillaire supérieur.

Tout le monde sait que le terme *atrésie* signifie conventionnellement en orthodontie un rétrécissement du diamètre transversal de l'une ou des deux arcades dentaires, diminution qui peut porter, soit sur la partie antérieure, soit sur la partie postérieure. Elle peut porter aussi sur les deux côtés à la fois ou n'atteindre qu'un seul côté ; elle entraîne dans ce cas une asymétrie de l'arcade. Cette anomalie est souvent accompagnée de vice d'articulation, de malformation palatine et de prognathisme du maxillaire supérieur et presque toujours d'insuffisance de la respiration nasale et de végétations adénoïdes, qui déterminent une série de troubles fonctionnels et physiques.

Le traitement prothétique consiste dans l'augmentation du diamètre transversal de la voûte palatine, surtout au niveau de la partie la plus resserrée, de manière à faire gagner aux interstices dentaires un espace plus considérable, permettant ensuite de ramener à leur place régulière sur l'arcade les dents mal placées.

Examinons maintenant les appareils les plus couramment employés pour remplir ce but.

C'est à un dentiste français, Lefoulon, qu'on doit le premier appareil extenseur des maxillaires. Il date de 1839, mais ce n'est guère que depuis 1881, époque où un dentiste anglais, Coffin, décrivit son appareil, qu'on connaît ce genre de régularisation et qu'un certain nombre de praticiens l'appliquent communément.

## Appareil de Coffin.

L'appareil de Coffin a eu le grand mérite, outre ses qualités réelles, d'utiliser pour la première fois en orthodontie le fil d'acier de piano, qui nous rend des services si précieux et si nombreux pour confectionner des ressorts. On peut se procurer ce fil de différentes grosseurs, selon la pression qu'on veut exercer. Mais celui auquel on a le plus souvent recours a un diamètre de 8/10 de millimètre et correspond au numéro 16 de notre jauge. On doit l'employer sans le recuire, autrement il perdrait ses qualités d'élasticité et de résistance.

L'appareil extenseur de Coffin est constitué, pour la mâchoire supérieure, par une simple plaque de caoutchouc recouvrant ou non les molaires, selon le cas. Au milieu de cette plaque se trouve un ressort en fil de piano tourné en forme d'un M à branches égales et dont les extrémités sont noyées dans le caoutchouc. Une section de la plaque dans toute sa longueur est faite dans le sens antéro-postérieur, au moyen de la scie, la divisant ainsi en deux et

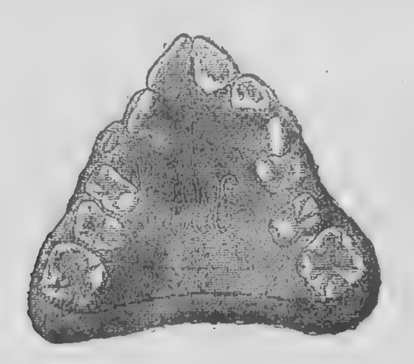


Fig. 1. — Appareil de Coffin.

permettant au ressort d'agir par opposition contre les deux arcades.

Dans certains cas, la section pourra être faite sur l'un des côtés de la ligne médiane, si l'on veut faire agir plus spécialement la force contre un groupe de dents.

Cet appareil a, comme qualités principales, son efficacité incontestable, sa simplicité et son peu de volume ; il a pour unique, mais réel défaut, sa difficulté d'application, surtout en ce qui concerne l'écartement des deux ailes de caoutchouc qui doivent s'éloigner parallèlement.

Pour cette manœuvre, en effet, il est préférable de ne se servir que des doigts, et il suffit d'exagérer un peu cet écartement ou de fausser légèrement le ressort, pour que l'appareil ne tienne plus en place. Sans cet inconvénient l'appareil de Coffin remplirait toutes les conditions pour être utilisé fréquemment, et c'est vraiment un appareil de grande valeur.

Pour chercher à remédier à cette difficulté Talbot a modifié la forme du ressort de Coffin en l'enroulant autour d'un mandrin et en l'utilisant avec ou sans plaque de vulcanite. Cependant cette modification a compliqué l'appareil et l'a rendu encombrant, si l'on utilise la plaque de vulcanite. Si l'on emploie le ressort seul, il n'agit que sur les dents à redresser, risquant ainsi de les faire dévier, puisque la pression est exercée seulement sur la couronne des dents. Il ne nous paraît donc pas supérieur à l'appareil de Coffin.

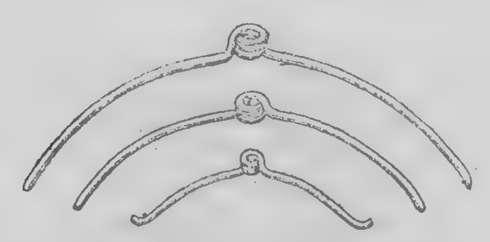


Fig. 2. — Modification du ressort de Coffin par Talbot.

## Appareil de Kingsley.

L'appareil de Kingsley en caoutchouc, combiné avec les vis de Jack, est recommandable. Il est composé, comme celui de Coffin, de deux ailes de caoutchouc, dont le centre se trouve muni d'un écrou; une double vis permet d'en graduer l'écartement avec autant de précision qu'il est néces-

saire, et si le vérin est placé vers la partie antérieure de l'appareil, il n'est pas trop encombrant.

Cependant il a aussi ses inconvénients : en le nettoyant, on peut le dérégler et il peut en résulter soit l'impossibilité pour le patient de le remettre en place, soit une diminution de son action permettant aux dents de revenir sur elles-mêmes. Pour éviter cet inconvénient, il est bon de perforer les deux ailes de caoutchouc à la partie postérieure

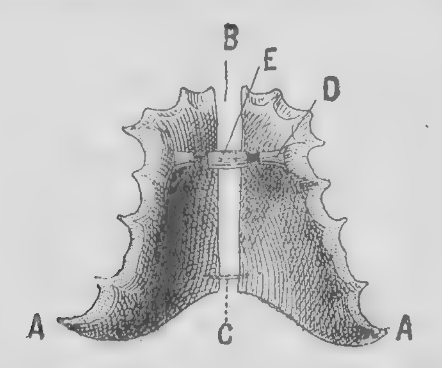



Fig. 3. — Appareil de Kingsley.

AA plaque de vulcanite.
B double vis de Jack.
C ligature en fil de soie.
DD écrous de la vis fixés dans la plaque.
E perforation destinée au réglage de la vis.

voisine de la ligne de séparation des deux ailes, et de les réunir à l'aide d'un fil de soie non serré, qui empêchera les ailes de tourner autour de la vis en s'opposant ainsi au déréglage de l'appareil ; le séjour prolongé de la vis en acier nickelé dans la cavité buccale a comme inconvénient son oxydation sous l'influence des acides de la salive, oxydation qui entrave son fonctionnement, ainsi qu'on peut le constater un des appareils que je vous présente.

Enfin, et c'est là son principal défaut, on peut remarquer, lorsque l'appareil a été porté quelque temps et qu'il a exercé son action, un manque de rigidité et une mobilité plus ou moins grande des deux valves. Cet inconvénient se produit au moment où les vis ont parcouru une certaine étendue de leur course dans les écrous. Les filets restés engagés

dans ces derniers, fatigués par les mouvements d'oscillation des ailes, ne sont plus suffisants pour assurer la fixité de l'appareil, qui peut se dérégler dans la bouche même du patient.

## Appareil de d'Argent.

M. d'Argent a modifié l'appareil de Kingsley dans le but d'augmenter l'étendue et la puissance de son action et même d'exagérer à volonté la force agissante soit à la partie antérieure de la plaque, soit à sa partie postérieure. Le dispositif qu'il a imaginé permet en outre de se servir plus longtemps du même appareil, qui conserve toute son action et toute sa rigidité pendant la course de la double vis de Jack. Cette rigidité supprime complètement les oscillations de l'appareil et, par suite, l'usure des filets de la vis, qui peut être employée jusqu'au bout sans se dérégler.

La modification consiste dans l'adjonction à la vis d'extension de deux coulisseaux parallèles à la vis. Ces coulisseaux sont composés d'un tube cylindrique et d'une tige à

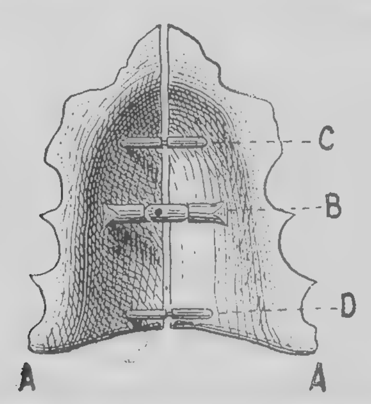



Fig. 4. — Appareil de Kingsley modifié par D'Argent.

frottement lisse plus ou moins serré, suivant l'effet à obtenir. Les extrémités du tube sont partagées en trois ou quatre segments, recourbés en dehors et insérés dans le caoutchouc.

Lorsqu'on partage l'appareil en deux, le trait de scie

divise également en deux les tubes et l'on insère ensuite ainsi les tiges dans ces derniers. Si l'on veut obtenir un écartement plus accentué à l'avant qu'à l'arrière, ou réciproquement, on n'emploie qu'un seul coulisseau à tige plus ou moins libre, susceptible même de se courber et qu'on place à l'endroit qui ne doit être que peu dilaté, le vérin étant fixé dans l'axe de la partie qui doit être la plus élargie.

Ces perfectionnements apportés à l'appareil Kingsley sont vraiment heureux; toutefois ils ont l'inconvénient de rendre l'appareil plus encombrant qu'il n'était avec la vis seulement, les coulisseaux et le vérin constituant une sorte de plancher gênant considérablement la langue et causant des troubles passagers dans la phonation et la prononciation.

## Appareil de Francis Jean.

Il se compose d'une plaque de vulcanite séparée en deux après la cuisson. L'écartement se fait à l'aide de deux tiges métalliques parallèles introduites chacune dans un fourreau également métallique et accolées sur leur longueur. A l'extrémité de chacune d'elles est soudé un crampon solide, dans le but d'avoir une fixité parfaite dans la plaque de caoutchouc.

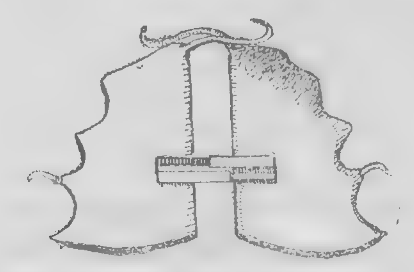


Fig. 5. — Appareil Francis Jean.

Les deux parties peuvent être complètement séparées et le nettoyage peut être fait minutieusement et parfaitement. Le point de fixation de la force est combiné suivant la direction du déplacement à opérer.

Si l'on ne veut agir que sur un groupe de dents, la plaque de caoutchouc peut être plus petite.

L'appareil est mis en action par des fils métalliques enroulés autour des tiges. Cet appareil a été imaginé pour faciliter considérablement le réglage et son grand avantage réside dans la possibilité de graduer d'une façon précise et sans danger de déplacement l'écartement des deux ailes de caoutchouc, par l'adjonction, tous les trois ou six jours, d'un ou plusieurs fils, selon la résistance rencontrée. De plus, la simplicité est réelle. Pourtant, on peut lui objecter, comme aux appareils précédents, d'être encombrant pour la langue et la mastication par les barrettes qui traversent la voûte palatine. En outre, sa force, au lieu d'être continue, est intermittente, ce qui est un désavantage, surtout au point de vue de sa rétention.

Les appareils de Kingsley, de d'Argent et de Francis Jean, sont des appareils extenseurs agissant d'une manière intermittente. Ils ont les défauts de tous les appareils de ce genre : ils n'exercent leur action que pendant un laps de temps très court après leur mise en place et ils déterminent de la douleur chez le patient au moment de cette mise en place, par le fait que leur écartement a lieu en dehors de la bouche. De plus, le nombre de séances qu'ils nécessitent est plus grand et ces séances sont aussi plus rapprochées qu'avec les appareils à force continue.

## Appareil de Cecconi.

L'appareil que je conseille de choisir a été imaginé par M. Cecconi ; il possède les mêmes avantages que l'appareil de Coffin ; il lui est même, à mon avis, nettement supérieur parce qu'il permet d'écarter progressivement et facilement le ressort, sans crainte de nuire à sa rétention, celui-ci pouvant se retirer et se remettre rapidement et sa forme étant très simplifiée.

Il est constitué par une plaque palatine en métal ou en caoutchouc, divisée à sa partie médiane par un trait de scie;

Planche I.

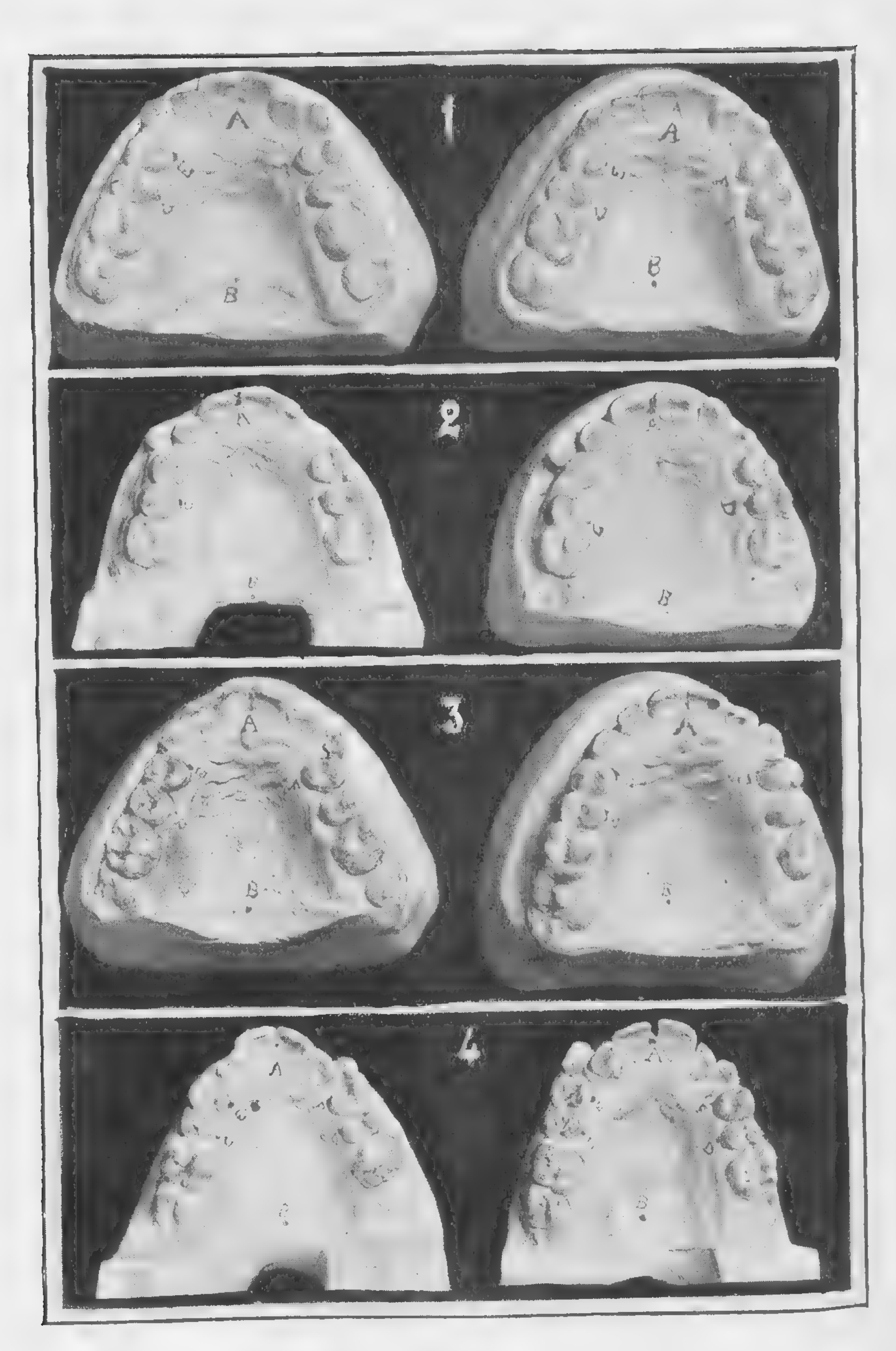
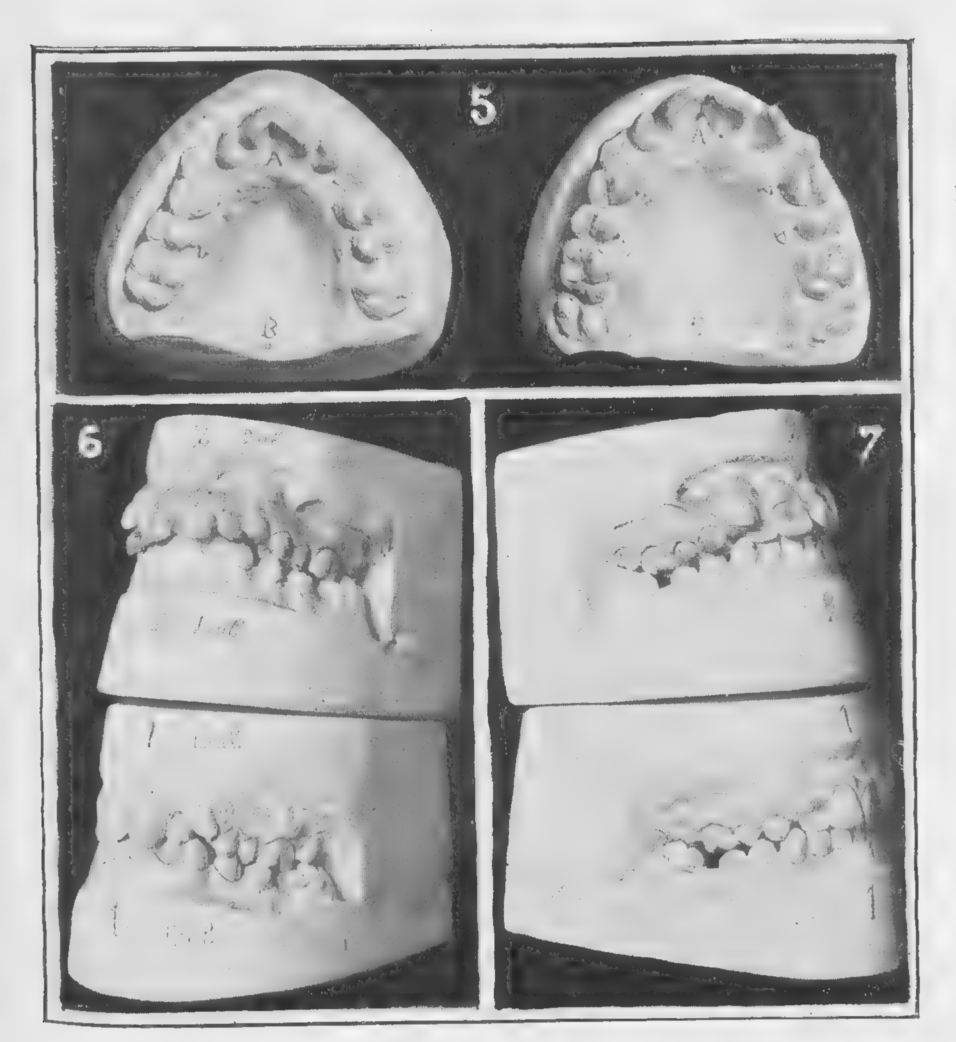


Planche II.




DE

DUB

les deux parties sont reliées entre elles à l'aide de rivets fixés à la partie postérieure de la plaque par une plaquette métallique à glissière, permettant l'écartement des deux parties, surtout à la partie antérieure de l'arcade, tout en maintenant le parallélisme des deux ailes de l'appareil.

L'écartement progressif et continu des deux parties de la plaque est obtenu au moyen d'un ressort en fil de piano, auquel il donne une forme qui lui permet à la fois d'être très peu gênant et très efficace. Sa supériorité sur celui de Coffin consiste dans la possibilité d'être retiré pour être modifié et remis ensuite en place très facilement. Cette amovibilité du ressort est obtenue par l'introduction des deux extrémités du ressort dans deux gaînes placées à cet effet dans chacune des ailes ; deux petites anses métalliques placées à la partie postérieure du ressort le maintiennent en place contre la plaque.

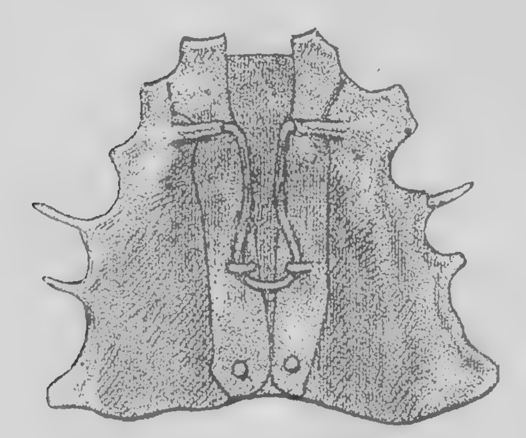


Fig. 6. — Appareil Cecconi avec ressort, vu par la face linguale.

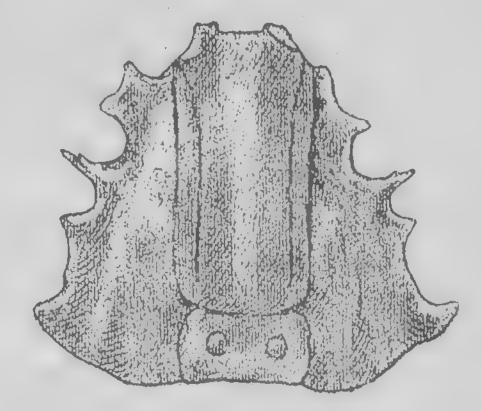


Fig. 7. — Appareil Cecconi vu par la face palatine.

Les perfectionnements apportés par M. Cecconi à son appareil sont constitués :

1° Par une bande de digue tendue qui est fixée à la plaque dans un emplacement préalablement préparé à cet effet à la face palatine de l'appareil, de manière à s'opposer à l'envahissement par la muqueuse de l'espace vide entre les deux parties de l'appareil que produit l'écartement ;

2° Par la forme que M. Cecconi a donnée à son ressort, qui permet à ce dernier d'être accolé à la plaque dans presque toute son étendue, d'être très facilement écarté et d'avoir, malgré cela, une grande efficacité ;

3° Par un dispositif à glissière placé à la partie postérieure de l'appareil, unissant constamment les deux ailes, les empêchant de se déplacer et de se fausser, et permettant à la pression de s'exercer plus particulièrement à la partie antérieure de la plaque au niveau de la 1re prémolaire.

Le premier de ces trois perfectionnements est contestable au point de vue de l'utilité, car nous n'avons pas encore eu l'occasion de constater les désordres muqueux qu'il a pour but de faire disparaître.

Il n'en est pas de même des deux autres, qui constituent, à notre avis, de sérieux progrès sur l'appareil Coffin. Nous tenons pour un avantage très appréciable la possibilité de retirer le ressort pour l'écarter et de le remettre rapidement et solidement en place sans crainte de le fausser. Enfin le dispositif à glissière, maintenant toujours les ailes bien parallèles entre elles, donne la certitude d'une bonne rétention et d'une action constante de l'appareil au point où la force doit être appliquée.

La gêne que causent les vis, coulisseaux ou tiges n'existe plus avec cet appareil et son action est au moins aussi puissante.

## Appareil d'Angle.

Enfin mentionnons également l'appareil imaginé par Angle, qui a pour caractéristique de ne pas comporter de plaque et d'être inamovible. Il est constitué en effet par une série de colliers de métal entourant un certain nombre de prémolaires et de molaires. Chaque bande est soudée à un petit tube destiné au passage de deux tiges métalliques latérales placées à la face linguale des dents à écarter. Des colliers ou anneaux sont également soudés aux tiges de ma-

nière à placer les vis d'écartement aux différents points sur lesquels on veut plus particulièrement agir.

Les avantages de cet appareil consistent dans la suppression de la plaque et dans son inamovibilité. Faisons remarquer que le premier de ces avantages est, à notre avis, un inconvénient, l'effort ne portant que sur la couronne des dents et la plaque ne pouvant apporter sa force adjuvante à la pression que l'on exerce sur le bord alvéolaire. La vis qui tra-

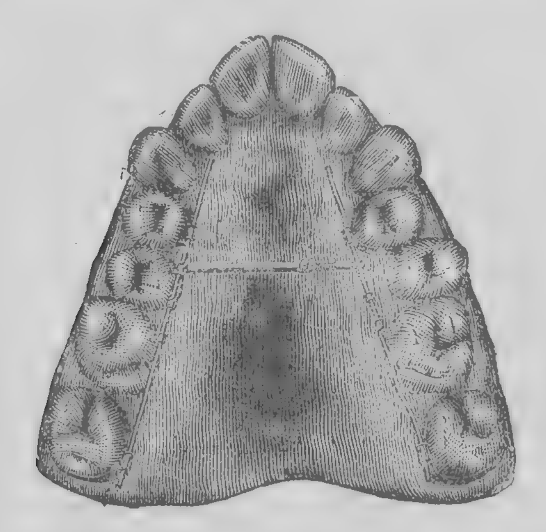


Fig. 8. — Appareil d'Angle pour expansion du maxillaire supérieur.

verse la voûte palatine est aussi gênante, quoique moins volumineuse, que dans les appareils de Kingsley et de Francis Jean, puisqu'elle diminue l'espace libre laissé à la langue.

Je dois, pour être complet, mentionner un nouvel appareil extenseur qu'a imaginé et préconisé récemment M. Pierre Robin. Cet appareil tire son orginalité de la qualité qu'on lui attribue de pouvoir dilater à la fois le maxillaire supérieur et inférieur. Il se compose d'une masse très volumineuse de caoutchouc vulcanisé, se moulant exactement sur la surface linguale de la cavité buccale fermée, sauf le plancher de la bouche, et qui peut, à l'aide de petits vérins ou vis deJack disposées à cet effet, se dilater, en entraînant dans son expansion les parties squelettiques et les dents. C'est cet appareil que notre confrère Sauvez a qualifié de monobloc et qui, d'après

son auteur, est en effet un monobloc dilatateur, agissant d'une manière tout à fait intermittente.

Je n'ai pas encore eu d'occasion favorable pour essayer cet appareil, je ne puis conséquemment me prononcer nettement sur son efficacité et sur sa valeur, mais théoriquement il ne me semble pas appelé à un grand avenir. A l'heure où l'on recherche surtout les appareils fixes, peu encombrants et le moins gênants possible pour le patient, cette énorme masse de vulcanite introduite dans la cavité buccale me semble de nature à justifier l'intolérance absolue du patient.

Cette courte étude des appareils terminée, il convient d'examiner les considérations qui doivent guider dans le choix d'un appareil.

Elles sont de deux sortes :

Les indications formelles essentielles ;

Les indications secondaires.

Les indications formelles sont celles qu'offre l'état de la bouche au point de vue de l'anomalie à corriger, qu'elle soit simple ou complexe. On devra envisager le but qu'on se propose et le résultat qu'on est en droit d'attendre.

Le choix de l'appareil à employer devra donc porter en premier lieu sur celui qui par sa combinaison, par la possibilité de produire les modifications nécessaires pendant le cours du traitement, permettra sinon d'arriver le plus facilement, au résultat définitif, du moins de mener à bien l'une des phases que comporte tout redressement.

Les indications qui viennent à la suite de celles-ci et qui interviennent dans le choix de l'appareil d'une façon essentielle ont pour base l'application du traitement sans occasionner de douleur et avec le minimun de gêne pour le sujet.

Les indications secondaires ont trait à la situation sociale des parents, à la tolérance plus ou moins grande de l'enfant, à la pusillanimité des parents chargés la plupart du temps de la surveillance du port de l'appareil, et qui expriment souvent des craintes au sujet de la douleur que les appareils sont susceptibles de provoquer ou des troubles fonctionnels qui peuvent compromettre la santé de leur enfant et

entraver pour ces derniers la continuation de leurs études sans interruption, enfin à cette fameuse question de l'esthétique, qui devra faire abandonner les appareils extra-buccaux chaque fois qu'il sera possible de le faire.

Telles sont les difficultés qui surgissent dans le traitement des irrégularités des dents et des maxillaires. Si l'on y ajoute le manque de sévérité et de contrôle de la plupart des parents en ce qui concerne le port régulier de l'appareil et l'application des principes d'une hygiène particulièrement rigoureuse, sur laquelle le dentiste ne devra pas transiger, mais qu'il aura beaucoup de peine à obtenir, nous aurons, je crois, examiné toutes les difficultés.

L'appareil que je préconise m'a permis de les surmonter et m'a donné chaque fois des résultats tels que j'ai cru devoir éclairer mes confrères sur sa valeur et leur faire connaître les raisons qui me l'ont fait adopter.

J'ai employé les différents appareils extenseurs et aucun ne m'a donné le moyen d'atteindre aussi facilement et aussi sûrement le résultat recherché, quoique tous ceux que j'ai passés en revue aient une valeur réelle.

L'appareil de Coffin a contre lui la difficulté d'écarter le ressort; celui de Talbot lui est nettement inférieur; l'appareil de Kingsley nécessite des visites nombreuses et à de très courtes distances; la rouille de la vis que l'on ne peut empêcher dans certaines bouches, son manque de rigidité par suite de l'usure rapide des filets des vis lorsque l'appareil est en pleine action, constituent des inconvénients sérieux. Ceux de MM. d'Argent et Francis Jean sont encombrants, gênants pour la prononciation et de rétention difficile au bout de quelque temps. Celui d'Angle est non moins gênant, et il a le grave défaut d'agir uniquement sur les dents, sans point d'appui sur le bord alvéolaire. De plus, le scellement des anneaux nécessite la séparation des dents sur lesquels ils sont placés, séparation qu'il vaut mieux éviter.

L'appareil de Cecconi ne possède aucun de ces inconvénients: de construction, d'application et de modification faciles, il permet à l'enfant de parler, de manger, voire même

de chanter avec la même aisance qu'avant sa pose, dès le lendemain de son application. Il peut être confectionné en métal ou en caoutchouc, ce qui est avantageux. Enfin son efficacité est telle que, dans l'un des cas que je vous présente, l'appareil n'étant porté que quelques heures par jour, j'ai pu obtenir plusieurs millimètres d'écartement.

Je vous présente à l'appui de ma communication, que je crois utile pour éviter l'ennui d'un choix judicieux à certains de nos confrères qui n'entreprennent qu'avec crainte ce genre de traitement, une série de modèles de différents types d'atrésie du maxillaire supérieur, avant et après le traitement extenseur. Ils sont accompagnés de schémas indiquant d'une façon exacte l'extension obtenue.

J'ai pris comme figure schématique un triangle isocèle dont le sommet A est situé dans l'espace interdentaire des deux incisives médianes supérieures, dont la base HL est formée par une ligne joignant les faces postérieures des deuxièmes molaires supérieures, et dont les côtés HA et LA passent par le centre de la face linguale de la deuxième prémolaire.

La médiane AB partant du sommet est, comme on sait, perpendiculaire à la base, puisque le triangle est isocèle.

CD représente l'écartement existant entre les deux deuxièmes prémolaires.

EF, l'écartement entre les deux premières prémolaires.

Les lignes horizontales parallèles placées à la droite des figures reproduisent sur le schéma n° 1 l'écartement existant entre les prémolaires avant l'extension, et sur le n° 2 l'écartement avant et après le traitement.

J'ai donné la préférence à cette figure parce qu'elle peut servir à noter exactement l'écartement des maxillaires et qu'il est possible de l'employer également pour indiquer les modifications apportées à la correction du prognathisme de ces maxillaires. Dans le dernier cas ce serait la ligne AB qui témoignerait de l'importance de la correction.

Dans les planches ci-contre (planches I et II) il est bien entendu que les fig. 1, 2, 4 et 5 *ne reproduisent que la pre-*

*mière phase du redressement,* c'est-à-dire celle qui comporte l'extension du maxillaire. Cette extension, qu'indiquent exactement les schémas et que les clichés reproduisent une fois obtenue, la seconde phase de correction des irrégularités des dents a été entreprise.

Il n'en est pas de même pour la fig. 3, où l'unique traitement a consisté dans l'extension du maxillaire.

Les fig. 6 et 7 représentent la place obtenue par l'écartement des maxillaires et permettant de régulariser les canines qui avaient fait leur éruption hors de l'arcade.

Le modèle 1 (côté droit) de la fig. 7 est le plus intéressant, puisque la canine n'a pas encore fait son éruption.

## *Observations.*

Les modèles S. P. (clichés n° 1) représentent la bouche

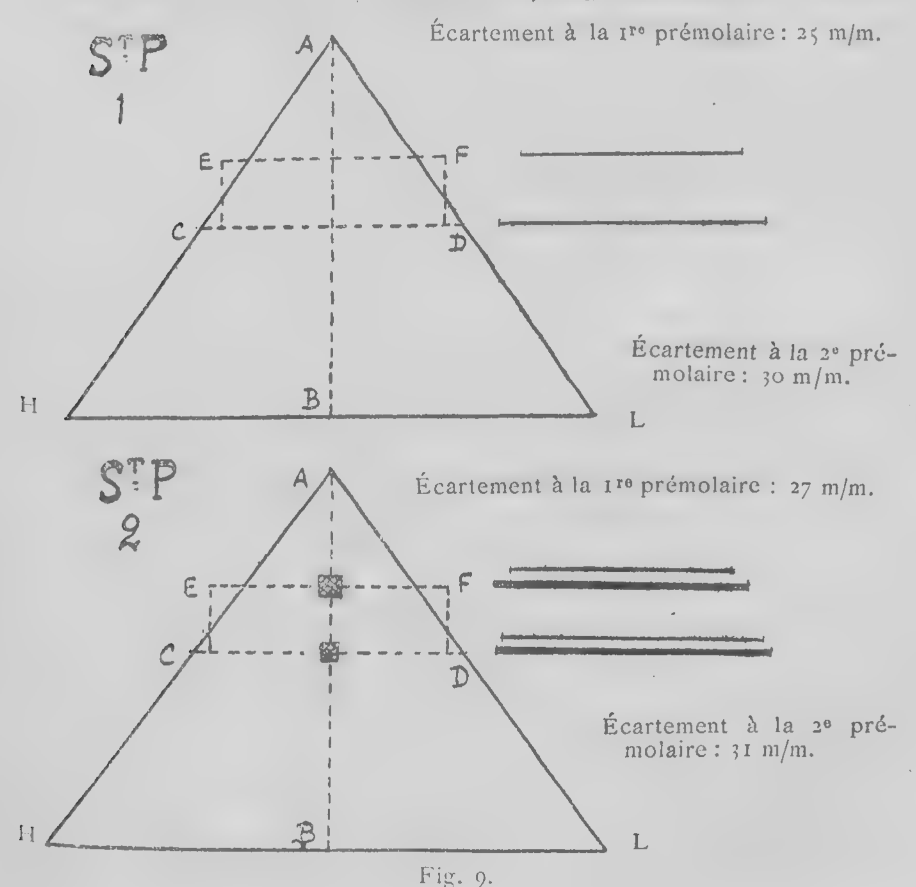



Fig. 9.

d'un jeune homme de 18 ans. Le port de l'appareil a duré deux mois, mais la mauvaise volonté du sujet était telle que l'appareil n'était en place que quelques heures par jour et quelquefois par semaine. Cela explique que nous n'avons obtenu qu'un écart de deux millimètres au niveau de la première prémolaire et de 1 millimètre au niveau de la seconde.

Le modèle P. (cliché n° 2) reproduit la bouche d'un jeune homme de 14 ans. L'appareil a été porté trois mois avec une

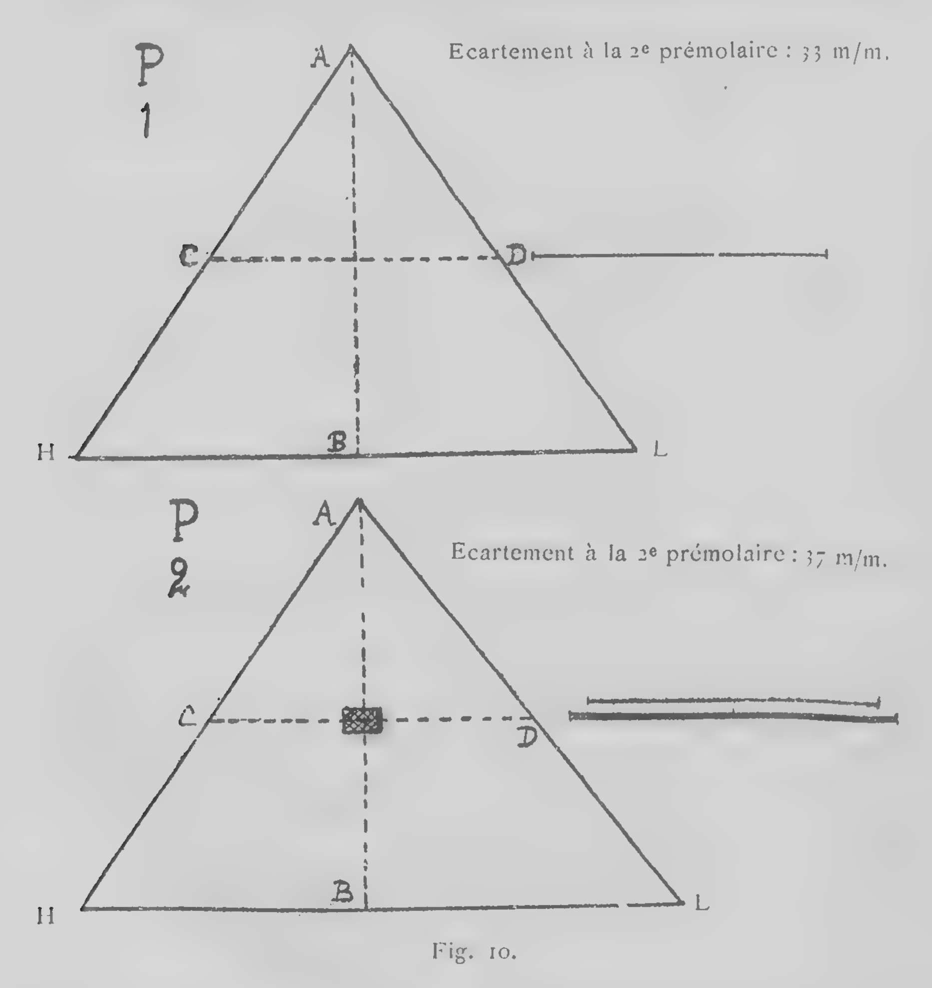



Fig. 10.

visite hebdomadaire. Écartement obtenu au niveau de la deuxième prémolaire, 4 millimètres.

Le modèle Dan. (cliché n° 3) est celui de la bouche d'une jeune

fille de 15 ans. L'appareil a été porté trois mois, mais je n'ai vu la malade que deux fois par mois et quelquefois moins. L'é-

DAN 1

Écartement à la 1re prémolaire : 22 m/m.

Écartement à la 2e prémolaire : 29 m/m.

DAN 2

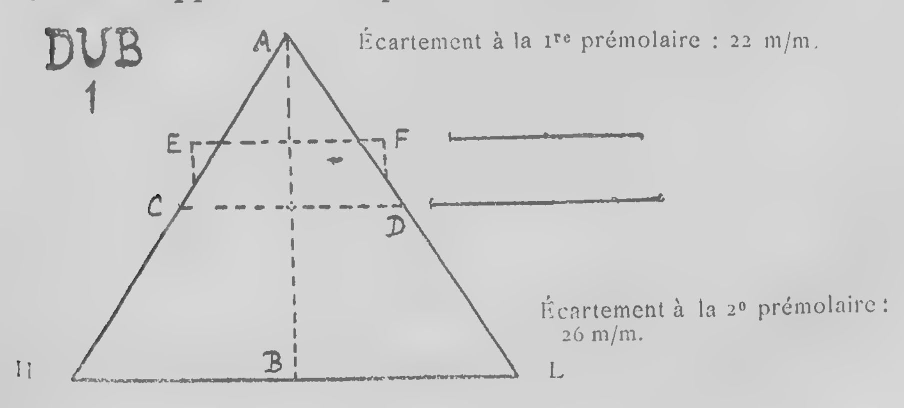
Écartement à la 1re prémolaire : 27 m/m.

Écartement à la 2e prémolaire : 33 m/m.

Fig. 11.

cartement obtenu a été de 5 millimètres au niveau de la première prémolaire et de 4 millimètres au niveau de la seconde.

Le modèle Dub. (cliché n° 4) concerne une jeune fille de 13 ans. L'appareil a été porté trois mois et la malade ne



venait le faire modifier qu'une fois par mois. L'écartement obtenu a été de 5 millimètres au niveau de la première prémolaire et de 4 millimètres au niveau de la seconde.

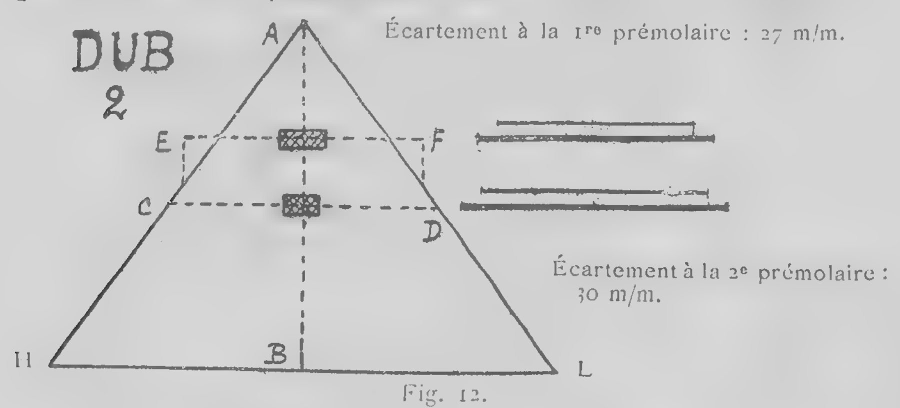



Fig. 12.

Le modèle D. E. (cliché n° 5) appartient à un jeune homme

DE 1

Écartement à la 1re prémolaire : 20 m/m.

Écartement à la 2e prémolaire : 32 m/m.

DE 2

Écartement à la 1re prémolaire : 29 m/m.

Écartement à la 2e prémolaire : 37 m/m.

Fig. 13.

de 17 ans. L'appareil a été porté deux mois et je ne voyais mon malade que tous les huit jours. L'écartement obtenu a été de 9 millimètres au niveau de la première prémolaire et de 5 millimètres au niveau de la seconde. Dans cette bouche l'écartement a porté principalement sur la partie antérieure en permettant aux dents en rotation sur l'axe de pouvoir être régularisées.

### *Conclusions.*

Les conclusions que je voudrais tirer de ces observations sont de deux ordres.

1° La netteté des résultats témoigne irréfutablement en faveur du procédé dit d'expansion, puisque, pour les uns, il a constitué le seul temps du redressement et que, pour les autres, il m'a permis de corriger des irrégularités complexes, en faisant le moins de sacrifices possible ;

2° Ces résulats ont été atteints avec le même appareil, qui répond aux indications de l'immense majorité des cas de rétrécissement de l'arcade dentaire supérieure et qui fonctionne sans occasionner ni gêne, ni troubles fonctionnels, ni douleur.

J'ajoute que, si j'avais voulu, j'aurais pu obtenir les mêmes résultats beaucoup plus rapidement, mais il y aurait eu dans ce cas imprudence, et si je me prononce pour la méthode qui fait agir la force continue, je tiens essentiellement à ce que cette force agisse très doucement et par conséquent très lentement.

Je souhaiterais que chacun apportât dans nos congrès et dans nos réunions professionnelles ses observations sur les appareils de redressement employés, avec les résultats obtenus, de manière à pouvoir vulgariser rapidement les appareils les meilleurs, qui sont souvent les plus simples. Cette vulgarisation ferait ainsi faire de grands progrès à l'orthodontie, cette science qui est encore méconnue et qui cependant doit être à l'heure actuelle une des branches les plus importantes et les plus intéressantes de l'odontologie.

## QUELQUES MOTS NÉCESSAIRES

*Réponse à l'article intitulé :* « QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉORIE MÉCANIQUE DE L'EXTRACTION. »

Par J. de CROËS,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Le journal *L'Odontologie,* dans son numéro du 15 août dernier, ayant publié parmi les *Travaux originaux* un article de MM. Godon et Serres sur la théorie mécanique de l'extraction, en réponse à la communication que nous avons faite à la Société d'Odontologie dans la séance du 5 mai dernier, nous nous trouvons dans l'obligation de reprendre la discussion que nous avions crue terminée, afin de mettre en lumière et à la même place les arguments suivants auxquels nous serions heureux de voir MM. Godon et Serres répondre d'une façon nette et précise :

Nous leur demandons :

1° De nous prouver scientifiquement que la clef de Garengeot n'est pas un levier du troisième genre ou inter-puissant (si l'on assimile cet instrument à un levier), un levier ne différant pas de genre par sa forme, mais simplement par l'endroit d'application de sa puissance. La clé étant un levier courbe (fig. 1 et 2), la puissance se trouve bien à l'endroit

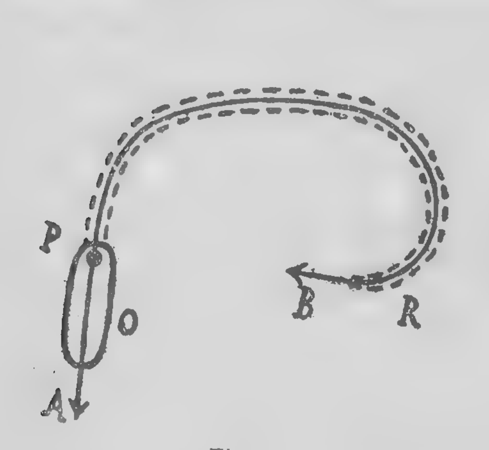



Fig. 1.

A. B. — Levier courbé.
O. — Point d'appui.
P. — Puissance.
R. — Résistance.

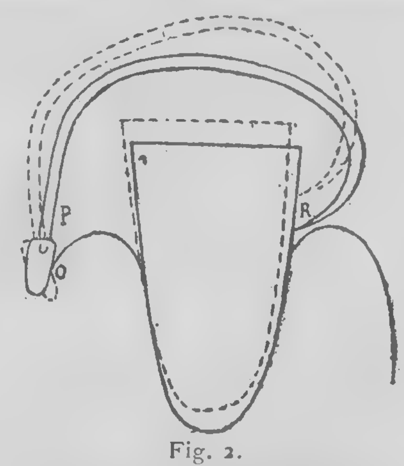



Fig. 2.

Schéma d'après Godon, indiquant bien la puissance entre le point d'appui et la résistance.

de la charnière dans la figure publiée par MM. Godon et Serres, c'est-à-dire entre le point d'appui et la résistance ;

2° De nous prouver que la phrase suivante : « *La résistance est la force qu'oppose, à la sortie de l'alvéole, la racine de la dent par sa forme et ses connexions naturelles* » (page 166, *L'Odontologie*, 1903 et page 31, *L'Odontologie*, 1897) n'indique pas que c'est la racine qui est la résistance et non l'alvéole, comme ces Messieurs semblent le faire croire ;

3° De nous prouver qu'un levier puisse agir sans point d'appui réel, comme M. Godon l'écrit dans le *Manuel du chirurgien-dentiste*, page 250 : « *En négligeant le bras et le corps de l'opérateur, on peut dire que le point*

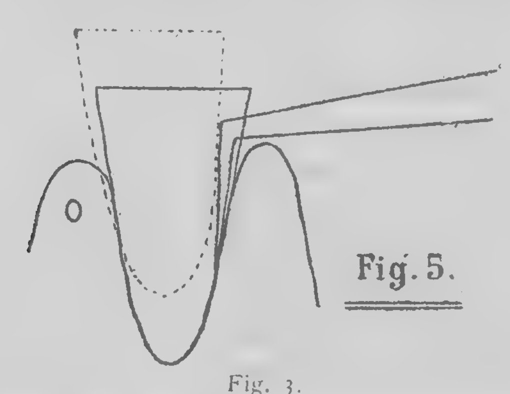



Fig. 3.
Mouvement d'extraction au pied-de-biche d'après M. Godon (schéma *Odont.* 1897).

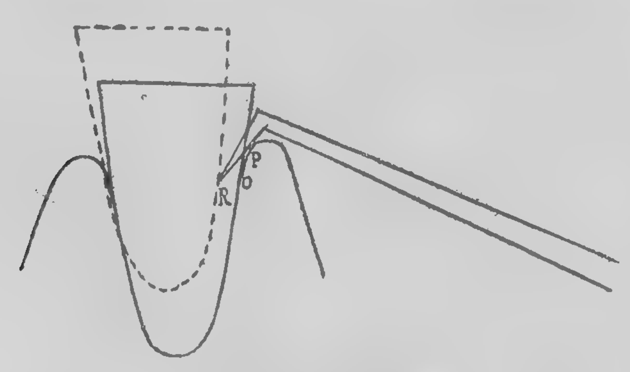



Fig. 4. — Pied-de-biche.
P. — Puissance.
O. — Point d'appui.
R. — Résistance.
Mouvement d'extraction au pied-de-biche d'après M. de Croës (*Odont.* 1903).

*d'appui dans sa traction est sur la charnière de l'instrument* » ;

4° De nous expliquer l'assimilation du pied-de-biche à un levier du premier genre ou inter-appui d'après leur schéma de cet instrument paru dans *L'Odontologie* de 1897 (1er semestre) ;

5° De pratiquer à la clinique l'extraction d'une dent à la langue de carpe, comme M. Godon l'indique dans la discussion (page 191, *L'Odontologie*, 1903) et d'extraire une racine au tire-fond sans mouvement de latéralité par une simple traction comme il l'explique (page 169, *L'Odontologie*, 1903).

Si nous n'avons pas parlé du davier, c'est que réellement il n'est pas possible un seul instant de croire, avec M. Godon, qu'il agisse comme un levier du premier genre ; il peut être un levier double dans la prise de la dent puisqu'il est une pince; mais il ne peut agir dans les mouvements d'ébranlement que comme un levier du second genre qui, continuant la dent, vient former avec elle un levier qui prend appui au fond de l'alvéole pour en dilater les bords dans les mouvements de latéralité, car la force du point d'appui devant être au moins égale à la somme de la résistance et de la puissance, il est logique que le point d'appui soit l'endroit le plus solide de l'alvéole, c'est-à-dire le fond, partie où le maxillaire est le plus épais; tandis que si le davier était un levier du premier genre, le point d'appui serait sur le bord alvéolaire, partie beaucoup trop faible pour supporter l'effort de la puissance et de la résistance.

Tous ces arguments ont été suivis de démonstrations à la Société d'Odontologie et les lecteurs pourront s'en convaincre en lisant le compte rendu de cette discussion (page 185, *L'Odontologie*, 1903).

Désirant continuer et approfondir encore la théorie de l'extraction des dents, nous préparons une communication sur l'assimilation à d'autres forces mécaniques de certains instruments comparés jusqu'ici au levier.

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**<br>**Lignes en sus : 10 fr. la ligne** } **dans 24 numéros.**

---

### ALLIAGE DENTAIRE

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

### CERTIFICAT D'ÉTUDES.

**Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux,** dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves** reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

**Préparation spéciale** par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ◆ C. ✱. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

### CONTINUOUS GUM

**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

### FOURNITURES GÉNÉRALES.

**Comptoir international,** 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils,** 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

**Cornelsen,** 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

**Alfred Joliot** (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**Colin Logan fils,** 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

**Mamelzer et fils,** 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

**Reymond frères** {
22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**<br>
44, place de la République, LYON.<br>
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.<br>
3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie,** 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

***Société coopérative des dentistes de France,*** 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** Adr. télég. : Sociédents. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Vve J. Wirth,** 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

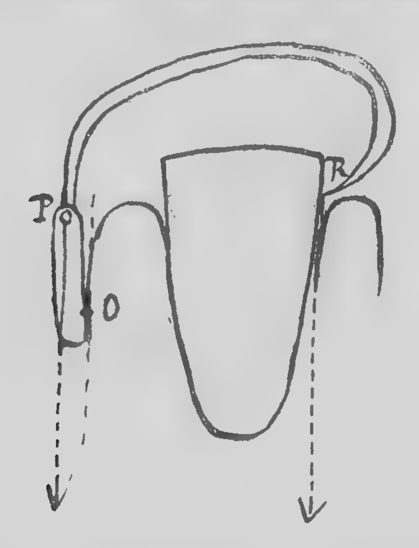
(*Voir la suite page 510.*)

## RÉPONSE A L'ARTICLE PRÉCÉDENT

Par MM. GODON et SERRES.

Nous ne voudrions pas prolonger davantage la discussion sur la « Théorie mécanique de l'extraction des dents ». Les lecteurs que la question intéresse trouveront, croyons-nous, des développements suffisants dans la communication que nous avons faite à la Société d'Odontologie de Paris, en réponse à une communication antérieure, et dans la discussion qui en a été la conséquence (*L'Odontologie,* 1903, pp. 163 et 185).

Nous croyons cependant devoir ajouter quelques mots à propos de la première question de l'article précédent. Il nous paraît y avoir une erreur matérielle à faire de la clef de Garangeot un levier du troisième genre. Il est bien vrai qu'en partant du point d'appui O et *en suivant la forme du levier,* on rencontre *ensuite* le point d'application de la puissance P, puis celui de la résistance R. Mais, dans la détermination du genre d'un levier, on ne doit pas tenir




compte de sa forme ; on doit seulement examiner la position des forces agissantes par rapport au point d'appui.

Pour fixer les idées, si l'on suspend en P et en R des

poids qui s'équilibrent et qui représentent, le premier la puissance, le second la résistance, on voit d'après la figure ci-jointe que le point d'appui O est placé entre les deux verticales, qui sont les directions des forces agissantes. Le levier est donc bien du premier genre.

Nos lecteurs ont pu se rendre compte de l'importance prise par les communications de MM. Godon et Serres et de M. de Croës, et suivre la discussion à laquelle elles ont donné lieu à la Société d'Odontologie de Paris. Ils ont eu connaissance de tous les arguments fournis de part et d'autre et ils ont certainement compris l'intérêt de cette question au point de vue théorique et au point de vue pratique.

Cependant l'excès en tout est un défaut ; aussi la rédaction de *L'Odontologie* a-t-elle pensé que la discussion doit être close sur ce sujet dans cet organe pour le moment et décidé que ces *réponses* à des *réponses* seront les *derniers* articles de cette polémique courtoise et scientifique, chacun des adversaires conservant ses positions.

P. M.

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## SÉANCE DE RÉOUVERTURE DES COURS

La séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le lundi 12 octobre, à l'Ecole, à 6 heures du soir, en présence du directeur, du directeur-adjoint, du Conseil d'administration et du Corps enseignant.

Deux allocutions ont été prononcées : l'une par M. Bonnard, l'autre par M. le Dr Monnet. Nous les donnons ci-après.

### DISCOURS DE M. BONNARD,

Sous-directeur de l'enseignement technique.

Mesdames, messieurs,

L'année dernière, à cette même place, M. le Dr Roy est venu nous entretenir de l'enseignement de cette école. Il nous a retracé dans ses grandes lignes la genèse de l'institution. Il nous a fait entrevoir, discrètement, comme il convient à ceux qui, en parlant des autres, parlent également d'eux, le dévouement sans cesse croissant dont les administrateurs et les membres du corps enseignant donnent tous les jours la preuve.

Cette année, c'est à moi que le directeur de l'enseignement a confié le soin de vous adresser la parole au seuil de l'année scolaire 1903-1904. Je l'en remercie bien sincèrement, car c'est en même temps un honneur et une mission agréable.

Vous entendrez tout à l'heure mon savant collègue M. le professeur Monnet, qui vous fera la leçon inaugurale avec l'éloquence et la science que nous lui connaissons. J'ai un rôle plus modeste, et les quelques paroles que j'ai à vous adresser se limiteront à l'exposé du développement des services dans lesquels vous allez entrer et de ce que nous voudrions que fussent vos rapports avec vos maîtres.

Pour quelques-uns d'entre vous l'école dans laquelle vous venez de prendre votre première inscription vous apparaît sans doute comme toutes les institutions similaires,

mais sans caractère propre. Tout son passé d'efforts combinés, tous les progrès scientifiques, les procédés de technique professionnelle qu'elle a contribué à mettre au jour, en groupant les dentistes, en leur donnant les moyens de produire les résultats de leurs recherches, n'attirent que faiblement votre attention. Et cependant c'est grâce à ce concours d'efforts qu'un enseignement de l'art dentaire existe.

Il n'est donc pas permis que vous l'ignoriez et que toutes vos préoccupations se concentrent seules sur certaines obligations d'études et d'interrogations auxquelles peuvent mettre fin les inscriptions libératrices.

Eh ! bien mes chers élèves, l'école représente autre chose. Elle est, par ces efforts combinés dont je viens de vous parler, la maison sociale des dentistes. Ils y sont chez eux, car il n'est pas une pierre de l'édifice qui ne puisse rappeler à beaucoup d'entre eux la contribution bénévole qu'ils lui ont apportée. Ils y sont venus lorsqu'elle avait besoin de soutiens, ils y sont venus aussi lorsqu'ils ont eu besoin de conseils.

Il faudrait avoir l'éloquence persuasive qui nous manque pour vous faire comprendre l'attrait qu'elle exerce et le besoin de développement et d'améliorations constantes qu'elle suggère à ceux qui ont la charge de son administration et de son enseignement.

En développant cela plus amplement, si le temps dont je dispose le permettait, je pourrais peut-être contribuer à vous y attacher davantage et vous amener à avoir en vos maîtres une confiance plus grande. Car il faut bien le dire, malgré les bonnes paroles que M. le Dr Roy vous adressait l'année dernière, vous avez craint de vous ouvrir à vos professeurs des incertitudes que vous avez pu garder. Peut-être craignez-vous aussi de leur dire vos aspirations. En cela vous avez eu grand tort : notre enseignement est fraternel par essence ; vos professeurs ne sont pas seulement vos maîtres, ils sont aussi vos amis et ils seraient heureux de pouvoir devenir vos conseillers pour vous guider dans la vie professionnelle.

Il faut à tout prix que vous vous confiiez à eux, qu'ils connaissent toutes vos impressions sur les choses de notre art afin qu'il existe entre eux et vous une communion d'idées absolue permettant de dissiper les erreurs qui auraient pu se glisser dans votre esprit.

Dès l'instant que vous avez franchi le seuil de cette maison, nous vous considérons comme des nôtres. Nous entrevoyons en vous les confrères de l'avenir auxquels il appartiendra de faire prédominer nos revendications. C'est entre vos mains que vos maîtres remettront bientôt les destinées professionnelles et ce sera à vous qu'il appartiendra d'en tirer tout le fruit. Notre lutte n'a de raison que le souci d'affirmer par de constants progrès la suprématie de l'odontologie, de laisser à nos successeurs une profession indiscutée. Si nos efforts ne devaient pas être suivis par eux et si, ce qui n'est pas, j'en ai la ferme conviction, par suite de l'indifférence de nos élèves, ces efforts devaient rester stériles, ce serait à désespérer de toute idée généreuse et désintéressée.

L'œuvre est belle, grande et noble. Il ne faut pas qu'il y ait d'incertitude de votre part, et le jugement impartial de l'histoire dira quelle a été son utilité.

Ce qui motive depuis la fondation de cette école, depuis 23 ans, la lutte que nous avons entreprise, peut se résumer en deux idées :

L'odontologie autonome ;

Le dentiste complet.

L'odontologie autonome, c'est-à-dire une spécialité bien définie, indépendante de la médecine.

Le dentiste complet, c'est-à-dire répondant à toutes les exigences de l'art, capable d'en exécuter toutes les parties selon les besoins du public, jusques et y compris la prothèse.

Nous atteindrons ce résultat en faisant de vous des dentistes instruits, des praticiens habiles au courant des progrès modernes, dont le principe essentiel, la suppression de la douleur, doit être votre but.

Déjà nous avons mis au point notre enseignement médical et scientifique de façon à satisfaire les plus exigeants. Notre enseignement technique n'est pas non plus resté stationnaire et je n'en veux pour preuve que l'organisation de notre 4e année, dite de perfectionnement, à l'issue de laquelle vous pourrez avoir le diplôme de l'École dentaire de Paris. Cette année d'études complémentaires, dont le programme ne comprend que les traitements au moyen des restaurations les plus difficiles, que nous avons été les premiers à instituer, a été considérée comme une amélioration si importante de l'enseignement que toutes les écoles susceptibles d'études complètes et dont le programme de cours est capable de rivaliser avec le nôtre ont immédiatement suivi notre exemple.

Cette année, son programme sera encore étendu. Une salle vaste, admirablement éclairée, spécialement aménagée à cet effet y sera affectée. Les étudiants trouveront à la tête de ce service un professeur dont la compétence est indiscutée, dont le dévouement est à la hauteur de toutes les exigences et dont l'enseignement méthodique et régulier sera de nature à assurer la prépondérance de ceux qui auront suivi le cours.

Les services de clinique bénéficieront, eux aussi, de la même progression. Nous y apporterons des perfectionnements que nous considérons comme indispensables. Les cliniques d'anesthésie s'augmenteront en nombre ; elles fonctionneront sous la direction d'un de vos professeurs les plus distingués et dont l'enseignement est particulièrement goûté de la plupart d'entre vous.

La prothèse, cette branche de la partie technique sans laquelle aucun dentiste ne peut prétendre être un dentiste complet selon l'expression des hommes les plus autorisés, va être également développée dans ses différentes parties. Des efforts considérables seront faits par l'administration de cette école pour que les travaux pratiques de prothèse soient exécutés chaque jour sous la direction d'un professeur que ses travaux antérieurs et sa haute

compétence désignaient tout particulièrement à ce poste difficile.

Les cliniques de prothèse subiront les mêmes améliorations ; elles seront augmentées dans les mêmes proportions. Les élèves y seront répartis en un plus grand nombre de séries, ce qui leur permettra de profiter dans les conditions les plus avantageuses de cet enseignement qui est la base de cette branche importante de l'art du dentiste.

Les cliniques de chirurgie dentaire seront, de la part de l'administration, l'objet d'une sollicitude particulière ; nous devons obtenir en effet l'unité d'enseignement nécessaire à la mise en valeur des qualités cliniques indispensables pour faire du chirurgien-dentiste moderne le gardien vigilant de la cavité buccale et de la région gingivo-dentaire.

Les élèves qui m'écoutent et qui ont l'année dernière profité de notre enseignement préparatoire organisé et dirigé par l'homme éminent qu'est le directeur de cette école, j'ai nommé M. Godon, aidé de notre dévoué confrère M. Blatter, son zélé collaborateur, ont pu se rendre compte de la valeur de cet enseignement. Ils y ont été initiés aux différentes manipulations et opérations sur l'appareil fantôme,ce qui leur permettra de pratiquer en seconde année ces mêmes opérations dans la bouche de nos malades. Le Conseil d'administration fonde un grand espoir sur le développement de ce cours, objet de ses justes préoccupations, et l'on peut dire sans crainte que les travaux pratiques sur l'appareil fantôme ont été une des plus heureuses innovations au point de vue de l'enseignement de l'art dentaire et au point de vue humanitaire.

J'ai bientôt fini.

Au sortir de l'école, lorsque vous aurez les douze inscriptions qu'exige de vous la Faculté pour vous admettre aux examens de chirurgien-dentiste, votre vie professionnelle commencera et vous aurez de nouveaux devoirs. N'oubliez pas qu'il existe ici une Société d'Odontologie, une Association générale des dentistes de France et que vous avez le devoir de vous y faire inscrire.

L'école qui, dans un but inattaquable, vous aura instruits dans votre art, devra pouvoir compter sur vous pour donner à votre tour l'enseignement professionnel ; elle devra pouvoir escompter votre reconnaissance pour la défendre, s'il en est besoin encore, contre ses détracteurs, dont vous aurez après nous la mission de déjouer les manœuvres intéressées.

Si nous avons réussi à faire pénétrer en vous l'esprit de solidarité, d'abnégation et de devoir envers soi-même qui efface tout esprit d'intérêt mesquin, vous viendrez réclamer votre place à nos côtés. Vous nous donnerez la douce joie de constater que nos conseils altruistes auront été entendus et vous partagerez avec nous le légitime orgueil qui nous anime lorsqu'il s'agit d'élever vers l'azur de la perfection cette institution qui est, comme on l'a dit ici, et dans toute l'acception du mot, la maison des dentistes.

---

## CONFÉRENCE DE M. LE Dr MONNET

Mesdames,
Messieurs,

L'un de mes maîtres, le professeur Landouzy, remplaçant temporairement dans sa chaire d'hygiène le regretté Bouchardat terminait sa leçon d'ouverture par cette phrase qui prenait alors une allure quasi prophétique : « Il y a longtemps, disait-il, que ce siècle (*le XIX*e) ne s'appellera plus le siècle de Napoléon qu'on l'appellera toujours le siècle de Pasteur. »

Ces mots prononcés il y a presque vingt ans ont en effet donné corps à une pensée que le jugement de la postérité a commencé déjà à ratifier.

C'est que, messieurs, Pasteur a imprimé sa marque géniale, profonde sur les événements scientifiques du dernier siècle, non seulement dans l'ordre spéculatif pur, mais encore dans les applications utilitaires et pratiques des sciences, de l'industrie et de la médecine.

Que deviendra sa doctrine? Les sceptiques ou les envieux se le demandent. Qu'importe, messieurs, si elle a marqué une étape dans la marche de l'esprit humain, si elle a fixé dans des formules précises et enfermé dans une expérimentation impeccable les découvertes et les résultats les plus admirables et les plus extraordinaires que l'on ait enregistrés depuis longtemps. L'élan a été donné, et aujourd'hui, dans le sillon tracé par le maître, les disciples marchent, progressent, avancent, arrachant chaque jour un lambeau de ses secrets à ce que Bichat appelait *la science de la vie et de la mort.*

Ah! je sais bien, messieurs, que les médecins ont le droit de se montrer circonspects. Tant de théories se sont succédées depuis le début de la médecine! Tant de systèmes sont nés qui ont disparu dans d'inoubliables profondeurs! Et cependant, messieurs, est-il bien vrai que tout soit mort, que tout ait disparu des anciens systèmes et des vieilles théories? C'est ce qu'il m'a paru bon d'examiner avec vous dans cette leçon inaugurale de thérapeutique.

Étudions en effet les systèmes pour nous méfier d'eux, pour éviter de tomber dans les erreurs ou les absolutismes du passé. Ne subordonnons pas à des conceptions forcément limitées le progrès et la science qui, eux, sont sans limites. Et puisqu'aussi bien j'évoquais tout à l'heure le nom de Pasteur, souvenez-vous, messieurs, que ce grand savant a écrit en exergue sur ses livres cette maxime de Bossuet à laquelle il a subordonné son existence scientifique: « Le plus grand dérèglement de l'esprit est de croire les choses, parce qu'on veut qu'elles soient. » Je connais des phrases plus pompeuses, je n'en connais pas de plus profonde, ni de plus vraie.

Qu'est donc la thérapeutique?

La thérapeutique, messieurs, c'est cette branche de la médecine qui a pour but de soigner et de guérir les maladies, ou au moins de les soulager. C'est là sans doute une compréhension très vaste et la thérapeutique pourrait se subdiviser en une foule de sous-chapitres, mais pour ne

garder la définition qu'au point de vue humain et philosophique, avouez que c'est bien en vérité la science pratique à laquelle doivent aboutir tous nos efforts et vers laquelle doivent converger toutes nos recherches.

Bien avant Hippocrate, on songeait déjà à guérir les malades, croyez-le bien. Et, aussi loin que peuvent aller nos souvenirs, nous savons qu'à l'époque de la civilisation égyptienne on gardait dans les temples les registres sur lesquels en face des symptômes observés on mettait les remèdes employés avec les résultats obtenus. C'était de l'empirisme pur et simple. Mais c'était déjà de l'observation, de la clinique. Et, à part les temples qui ne s'ouvrent plus pour cet ordre de recherches, nous en sommes encore souvent à recourir aux mêmes moyens. Voyez, par exemple, l'action du mercure sur la syphilis ! C'est une équation thérapeutique. En avons-nous l'explication scientifique ?

Cet empirisme, primitif évidemment, ne devait pas satisfaire les esprits chercheurs au fur et à mesure que les faits se précisaient, que les documents se nombraient. La philosophie, qui côtoie la médecine, et qui parfois l'envahit à son détriment, s'ingénie à coordonner les faits observés, à les expliquer même, et c'est de là qu'est sortie cette théorie du *Vitalisme*, de l'*Animisme*, laquelle explique tout par la force vitale. La force vitale est-elle supérieure à la matière ; est-elle au contraire inhérente à elle ? C'est là-dessus que nombre de savants discutèrent et se disputèrent. C'est au bout du compte la querelle des matérialistes et des spiritualistes, et la médecine n'a pas à prendre position dans la question, encore moins la thérapeutique. Il a fallu d'ailleurs toute l'autorité de l'illustre médecin de Montpellier, Barthez, pour redonner au XVIII[e] siècle un regain d'autorité à ce système un peu nébuleux. Il est vrai que Barthez était un clinicien hors de pair, et pour vitaliste qu'il fût, il faisait de la clinique thérapeutique sans le savoir, peut-être sans le vouloir ; c'était surtout là le principal pour des malades.

Il y a toujours, surtout quand on veut systématiser à tout prix, il y a toujours à côté d'une idée excessive une

autre idée, non moins excessive quelquefois, pour qui cherche à détrôner la rivale. Vous voulez du vitalisme, vous vous occupez de la force vitale. A quoi bon? Peu nous chaut à nous, déclarèrent les *Naturistes*. Notre rôle, notre devoir c'est d'observer la nature, de la laisser agir, de la diriger. En dehors de cela nous ne faisons rien d'utile et de pratique. Thérapeutique simpliste, avouez-le, messieurs, et qui ne nous satisfait guère. C'est par trop commode en vérité de laisser la *natura medicatrix* agir toute seule, et je ne crois pas surtout que ce soit l'attitude qui convienne à un médecin. Et cependant n'avons-nous pas, dans ces dernières années, ouï parler devant les corps savants de l'*expectation armée* comme d'un moyen thérapeutique? Ça, messieurs, c'est de la thérapeutique de défensive qui a son utilité; je n'en disconviens pas. C'est une tactique; ce n'est pas celle qui gagne les batailles. Et sans témérité, sans faux courage, une armée pour vaincre doit faire donner ses avant-gardes pour assurer l'action de ses réserves.

Ce n'est donc pas encore le *Naturisme* qui va nous permettre d'opérer et d'édifier notre foi thérapeutique.

Allons-nous davantage le trouver dans l'*Humorisme?* Vous connaissez, messieurs, cette vieille théorie des humeurs peccantes, des âcretés du sang. C'est celle qui nous a valu les sarcasmes de Molière. Le médecin est destiné, dans ce système, à faire évacuer et disparaître les mauvaises humeurs. Vous pensez si les chimistes et les chimiâtres s'en sont donné à cœur joie. Ce fut l'âge d'or de la médicamention, de la polypharmacie, des fondants, des altérants, des désobstruants, etc..., etc...

Pour vous faire toucher du doigt les dangers des systèmes absolus, laissez-moi vous conter comment, grâce aux théories humorales, le mercure a failli sombrer dans l'esprit des médecins et pourquoi à l'heure actuelle encore il fait la terreur de certains malades.

En effet, à l'époque où le spécifique de la syphilis fut trouvé, on en fit un emploi invraisemblablement barbare. Les malheureux, atteints du mal d'amour, furent soumis au

traitement mercuriel. Quand on les tenait, on les enfermait dans un local bien clos. On les séparait de tout commerce humain. On leur administrait alors une cure intensive au mercure. En vertu des théories à ce moment admises, on se disait que plus il sortait d'humeur, plus il s'écoulait de virus. Par suite, plus vite devait guérir le patient.

Le mercure se faisait le complice des humoristes. En raison de sa sélection spéciale sur la bouche, il déterminait des stomatites putrides. Le liquide sanieux, fétide qui s'écoulait entraînait soi-disant le virus. Aussi accentuait-on les doses. De sorte que la stomatite mercurielle allait son train, rongeant les gencives, corrodant les maxillaires, ébranlant les dents. Quand le pauvre malade avait terminé ce traitement, si jeune qu'il fût, il sortait édenté comme un vieillard et puant comme un égout. On comprend aisément qu'il ne faisait pas de réclame à ce remède pire que le mal. Aussi redoutait-on de l'employer, et de ce fait le mercure souleva une réprobation universelle.

Fort heureusement, la science succéda à l'empirisme. Elle reconnut l'abus et réglementa l'usage mercuriel.

Vous voyez donc, messieurs, comment une donnée fausse peut conduire à de désastreuses conclusions et combien il faut ne pas toujours subordonner les faits à des conceptions *a priori* ou à des hypothèses, si séduisantes soient-elles.

A côté des humoristes vivaient, en mauvaise intelligence d'ailleurs, les *Solidistes*. Des humeurs, ceux-ci ne se préoccupent guère. En quoi consistait la maladie pour eux? Brown, le grand prêtre de la méthode, va nous le dire. Il faut les attribuer à un relâchement de la fibre, à l'*asthénie*. C'est le *strictum* et le *laxum* des anciens. La thérapeutique alors est très aisée : donner de la force à la fibre, l'inciter, la relever. Cette médecine, très simple, trop simple, amena le triomphe des reconstituants, des élixirs, des préparations alcooliques de toute forme et de toute allure. On dit même que Brown, pour se tonifier, cultivait fort l'alcool et que ses élèves l'imitaient en le surpassant. Ce n'est pas à notre époque que ce moyen a chance de trouver un enseignement officiel.

Mais voilà que surgit à côté de Brown un autre solidiste, Rasori. Celui-ci est de la même école, mais d'un avis diamétralement opposé au point de vue de la conception thérapeutique.

Ce n'est pas l'incitation qu'il faut à la cellule malade. Au contraire, elle en a déjà trop, Il faut diminuer son excitabilité, et il faut faire de la médication *contro-stimulante*. C'est à cette conception qu'on dut l'introduction à haute dose de l'émétique ou tartre stibié dans la thérapeutique de la pneumonie en particulier où Rasori visait à déprimer les forces des malades pour briser celles de la maladie.

Et voilà, messieurs, comment un système, une conception, une hypothèse peut, chez ses adeptes, provoquer des idées opposées et contradictoires. Y a-t-il lieu après cela de s'étonner des insuccès et des découragements qui les suivent?

Vous parlerai-je, messieurs, de ceux qu'on a appelés les *Spécifistes*, les *Essentialistes ?* On les nomme encore *Ontogénistes*. Pour ceux-là, la maladie est un être à part, une personnalité autonome. Quand elle vient rendre visite à l'organisme, l'action commence, car, comme le dit Trousseau, « les entités morbides n'ont, dans ce système, avec l'organisme d'autres rapports que ceux de l'acteur avec le théâtre où il joue ». Ces systématiques, messieurs, adoptent alors une sorte de thérapeutique par équation où chaque malade a son remède, son spécifique. Théorie dangereuse, illusoire, fausse et que Trousseau a stigmatisée comme il convient : « Vouloir tout faire dans l'économie, même la santé ; c'est bien l'esprit de cette sorte de guérisseurs ! »

Donc les âges qui nous ont précédés ont vécu sur ces diverses hypothèses, et il n'apparaît guère qu'elles doivent subsister autrement que comme des curiosités historiques où la critique doit chercher les éléments de vérité.

L'esprit médical restait hésitant et stagnant, perdu dans ce dédale de théories quand, au début du XIX[e] siècle, surgit un homme qui eut une heure de prodigieux succès suivie d'une formidable réaction. C'était *Broussais*. De son verbe enflammé il culbuta les vieux systèmes, les répudia avec éner-

gie, et sa parole eut un retentissement immense. L'amphithéâtre de la rue du Foin, où il donnait ses leçons, était bondé d'un auditoire frémissant et enthousiaste. Pas de médicaments, pas de drogues encombrantes ! La *physiologie* explique à la fois le fonctionnement et le détraquement des organes. Partout de la médecine physiologique, mot vague, mais captivant par sa nébulosité même ! Ce fut le triomphe de l'hygiène. A ce titre Broussais vaut qu'on le salue et qu'on le remercie.

Mais ce fut aussi le triomphe de la phlogose, de l'inflammation, de la congestion, de la fièvre (l'organe malade réagissant par ces divers modes), et par contre-coup de la *saignée*. On a reproché à Broussais d'avoir fait thérapeutiquement couler autant de sang que Napoléon sur les champs de bataille. De fait ce fut une orgie de lancettes !

Pour combattre l'inflammation des plaies opératoires ou accidentelles on eut recours aux émollients ; c'étaient encore des antiphlogistiques.

Ce fut aux nauséabonds cataplasmes qu'on demanda secours, et aussi à l'odieux cérat que nos anciens ont encore vu employer sur des compresses ou sur de la charpie arrachée à de vieux linges qu'on ne se donnait pas la peine de nettoyer et qu'on entassait dans les tiroirs des officines et des hôpitaux.

C'était un recul en arrière, messieurs. La chirurgie empirique même du siècle précédent valait mieux que cela dans ses modes de panser. Dans un journal de 1746, le *Journal de médecine des pauvres,* il est dit en effet qu'il faut abriter les plaies du contact de l'air, les soigner avec de l'huile chaude et du vin chaud, et qu'il faut ne pas porter ses doigts dans les profondeurs des plaies. C'était l'antisepsie déjà, en tout cas c'était de la propreté, de l'asepsie inconsciente.

Cela avait été aussi plus tard la médecine du grand Larrey, le chirurgien des armées impériales qui soignait ses blessés avec du vin chaud, de l'huile chaude, de l'alcool chaud !

Mais les cataplasmes, le cérat! Comme on comprend Denonvilliers disant à ses élèves : « Prenez garde, messieurs, et réfléchissez avant d'amputer ; décider une amputation, c'est presque toujours signer un arrêt de mort ! »

Nous sommes heureusement loin de ces temps redoutables.

Après l'échec retentissant de Broussais, ce fut une sorte de période de recueillement. Encore une fois déçus, les médecins semblent vouloir rester de simples observateurs.

Ce fut alors l'admirable période des *organicistes*, celle où le médecin penché sur l'organe l'examine, le suit, l'écoute, le surprend en ses fonctions et en ses troubles.

C'est Laënnec, c'est Piorry, c'est Bouillaud ! C'est l'auscultation, c'est la percussion, féconds et merveilleux moyens d'investigation clinique.

Et puis, messieurs, c'est *Pasteur*, Pasteur avec la microbiologie, Pasteur qui révolutionne les conceptions médicales et bouleverse la thérapeutique. Ici, rappelons-le avec orgueil, la science a fait un pas décisif, et la voilà en possession d'une vérité précise, indiscutable. C'est l'antisepsie ou mieux l'asepsie qui apparaît; l'asepsie qui, avec l'anesthésie et l'hémostase, constitue les assises solides sur lesquelles la chirurgie s'établit et se fonde.

Désormais les craintes de Denonvilliers n'ont plus de raison d'être, et l'on ne verra plus la pourriture d'hôpital, la septicémie décimer les malades des salles comme si le médecin avait, suivant la vigoureuse expression de Landouzy, semé du pus sur sa route. La chirurgie en général, la chirurgie spéciale, la vôtre, messieurs, est rénovée, modifiée, transformée et l'ère des opérations heureuses luit enfin. Ah ! messieurs, je vous le demande, connaissez-vous quelque chose de plus saisissant, de plus émouvant que cette conception scientifique qui change et transforme la face du monde, on peut le dire sans exagération et sans métaphore ! Et nous avons bien le droit de nous enorgueillir en pensant que c'est de notre France qu'est sorti l'homme au génie créateur, dont l'univers salue, honore et vénère le nom illustre.

La médecine pure, messieurs, a bénéficié elle aussi des découvertes pastoriennes. Est-ce à dire que l'antisepsie et le microbe doivent exclusivement l'inonder et la préoccuper? Je ne suis pas de cet avis, pas plus que je ne partage celui des réactionnaires qui ont essayé de nier la portée de la bactériologie dans le mouvement thérapeutique.

Les disciples sont allés plus loin que le maître. On a vu, en effet, des médecins qui dans leur fougueux enthousiasme, décrétèrent morte la vieille médecine, excommunièrent les cliniciens retardataires et se firent les apôtres convaincus, mais excessifs, d'une religion nouvelle. Ce furent les microbolâtres. En médecine, messieurs, en thérapeutique, il n'y a pas de dogmes qui ne soient revisables.

L'antisepsie interne a sa valeur, ses indications. Elle ne remplace pas toute la thérapeutique, et pour nous préserver de la mort il ne suffit pas de nous embaumer vivants.

Mais dans l'ordre des idées pastoriennes, qui ne saluerait avec une respectueuse émotion la serothérapie, la bactériothérapie qui, à peine nées, nous font prévoir pour l'avenir des ressources thérapeutiques immenses où la science pure et la pratique médicale vont chercher et puiser, s'appuyant réciproquement l'une sur l'autre?

C'est une ère nouvelle qui s'est ouverte et qui se déroule. Mais il faut qu'on le sache bien, encore une fois, les microbolâtres ne doivent pas être les seuls prêtres du temple d'Esculape.

« Quelque importante que soit une découverte médicale, a dit Bouchard, elle ne déborde pas la médecine, elle peut y trouver sa place. »

*
* *

Je prévois vos réflexions et je vous entends me demander d'un air inquiet : « Alors quoi? Vous démolissez tout, et vous faites comme Lucien des croyances des Grecs. Que faire? »

Que faire, messieurs! De la thérapeutique clinique, de la thérapeutique d'observation.

Les systèmes et les théories ne satisfont pas notre entendement parce qu'ils sont exclusifs les uns les autres, parce que la médecine est une science qui doit tenir compte des contingences et des individualités, parce que la thérapeutique doit prendre son bien là où elle le trouve.

Soyez de votre siècle, messieurs, et soyez pastoriens. Nul plus que moi ne saurait vous y convier. Adoptez surtout la méthode d'observation et de réflexion de Pasteur.

Et d'ailleurs, comme je vous le faisais pressentir au début de cette leçon, reprenons l'ensemble des doctrines et des systèmes que nous avons passés en revue, vous verrez que nous retrouverons dans les doctrines modernes les vestiges des doctrines anciennes.

Vous connaissez, messieurs, les découvertes de Brown-Séquard, vous savez l'application qu'il a faite du suc d'organes et du traitement des maladies provenant de ces organes. Vous vous souvenez du septicisme avec lequel on a accueilli sa communication du 1$^{er}$ juin 1889. C'était la fontaine de Jouvence retrouvée, c'était la vieillesse récupérant les ardeurs du jeune âge! On se gaussait même du vieux physiologiste et on l'accablait de plaisantes et graveleuses réflexions. La théorie a fait son chemin, et les plus sarcastiques vieillards n'ont pas été les derniers à vouloir approfondir les charmes de Suzanne! Eh oui, messieurs, l'organe sécrète un suc à lui propre, essence de la vie même, qu'on peut transporter médicalement dans un organe similaire appauvri du malade. Est-ce que ce n'est pas du vitalisme, cela! N'est-ce pas le véritable principe vital, infusé à l'homme!

Et l'humorisme, messieurs, cet humorisme qui nous a valu le *Purgare* du *Malade imaginaire!* Mais le voici revenu. Écoutez ce qu'écrit de sa plume humoristique (tout est à l'humeur comme vous voyez) notre confrère Maurice de Fleury.

« Vous êtes mal portant de ce fait que votre intestin est un réceptacle exceptionnellement favorable à la pullulation des microbes. On calcule — plaignez les savants éminents

qui s'adonnent à cet ordre de recherches, et qui pâlissent à pareille tâche — on calcule que vous en expulsez par jour douze bons milliards environ.

» Un beau matin vous prenez, en faisant la grimace, le purgatif banal, sulfate de soude et de magnésie. Et ce jour-là, en plusieurs fois, vous expulsez quelque chose comme 400 milliards de bacilles !

» Mais, dès le lendemain, les bons effets de ce nettoyage réel se font réellement sentir et vous n'hébergez plus qu'un nombre insignifiant de microbes, puisque vous n'en rendez qu'un modeste demi-milliard, moins que rien dans l'espèce. Cet état de propreté vrai qui, de soi-même, ne dure guère que 4 à 5 jours peut se perpétuer grâce à l'emploi du régime lacté dont le Dr Gilbert est un grand partisan.

» Ainsi donc, le rinçage de l'organisme par la vieille méthode n'est pas, quoi qu'on ait dit, un leurre ; il serait même un bien meilleur antiseptique que tous les salicylates de bismuth et tous les naphtols β utilisés dans la pratique d'aujourd'hui. Il nous faut repurger encore ni plus ni moins que ne faisaient nos pères, et nous n'aurons sur eux que le très modeste avantage de connaître un peu mieux comment agit l'amère drogue. Décidément tout recommence et Molière ne vieillit pas. »

Bien certainement, messieurs, tout recommence comme vous voyez, mais aussi tout se transforme par la compréhension plus nette et plus exacte des choses. On purgeait empiriquement autrefois. Nous savons aujourd'hui ce que nous faisons, où nous allons et pourquoi nous agissons. Ceci, messieurs, a bien sa valeur, car rien n'est plus décourageant que de se dire que l'on constate sans expliquer.

Écoutez encore, pour continuer ce rapprochement et cette étude comparative, ce qu'écrit l'éminent professeur de la Faculté de Bordeaux, le Dr Arnozan.

« Ne sont-ils pas, en effet, des *ontogénistes*, des *essentialistes*, ces médecins qui, dans chaque maladie, ne voient que le microbe et ne considèrent l'organisme que comme le bouillon de culture des bactéries? Ne sont-ils pas *humoristes*

et chimiâtres ceux qui expliquent l'action des germes pathogènes par les toxines que ceux-ci sécrètent et cherchent avec une opiniâtreté infatigable l'antidote de chaque toxine? Ne sont-ils pas des *naturistes*, les histologistes et les histochimistes qui, avec une admirable patience, décèlent une à une les défenses de l'organisme et nous montrent nos globules blancs marchant à l'assaut des bactéries et nos liquides organiques se chargeant des antitoxines propres à neutraliser les poisons qui nous tuent ? Et à côté de toutes ces recherches qui ont plus spécialement absorbé, ces temps derniers, l'attention médicale, n'est-il pas facile de rattacher au *solidisme* les travaux des neuropathologistes sur l'action trophique du système nerveux, et à la *médecine physiologique* les études qui nous montrent qu'en tout état de cause, infection microbienne, intoxication, action exagérée des agents physiques et même traumatisme, notre corps réagit toujours de la même façon par un trouble de ses fonctions : congestion, anémie, fièvre, douleur, hypersécrétion. »

Vous voyez bien, messieurs que tout recommence et que tout renaît.

Il y a donc une part de vérité dans ce que les anciens nous ont légué, et dans ce que nos contemporains légueront à ceux qui nous succéderont.

Ce qui caractérise notre époque, c'est encore l'esprit de Pasteur, esprit d'investigation, de recherche, de précision. Mais cela ne serait rien ou serait insuffisant si nous voulions rayer de la médecine la clinique et l'examen du malade. D'Hippocrate à Trousseau et à Pasteur, il y a une chaîne ininterrompue dont nul ne saurait rompre un anneau sous peine d'errer et de méconnaître la mystérieuse évolution de l'idée vers l'immanente vérité.

Oui, messieurs, observez. Observez dans votre sphère d'action, et agissez en cliniciens.

Dites-vous bien que stomatites, gingivites, périodontites, carie, tout cela ce sont des épithètes et pas des noms propres.

Chercher derrière la lésion, la cause de la lésion.

La stomatite mercurielle vous apparaîtra-t-elle devoir être soignée comme la stomatite des fumeurs ? La gingivite du diabète aura-t-elle la même thérapeutique que celle due au tartre ou à la malpropreté ? N'y a-t-il pas un élément infectieux derrière cette périodontite ? Et la carie des confiseurs ressemblera-t-elle à celle des strumeux ou des arthritiques ?

C'est là, messieurs, la vraie thérapeutique. Cherchez la cause, étudiez à la fois la graine et le terrain et dites-vous bien que votre intervention sera insuffisante et inféconde si vous négligez le malade en ne vous occupant que de son apparente maladie.

Et n'allez pas croire que ce sont là de simples vues de l'esprit. Lisez ceux de vos auteurs qui ont écrit sur les choses de votre spécialité, et vous y verrez toujours la préoccupation légitime de la pathogénie des lésions. De cette notion découle votre action, et dépendent vos succès.

Et surtout, messieurs, ne vous laissez pas aller au scepticisme décevant et stérile. Le sceptique ne doit pas, ne peut pas être médecin. Votre rôle, à vous comme à nous, est de savoir et d'apprendre avec ce but suprême et consolant : soulager son semblable. Cela n'est pas incompatible avec les intérêts matériels, et ceux-ci sont d'autant mieux assurés que le malade se rend compte de votre effort à le mener vers la guérison.

La médecine a fait ses preuves, et la thérapeutique a justifié son action.

Je sais bien que souvent vous vous demandez à quoi tendent les leçons sévères et ingrates de vos maîtres.

Je sais bien que vous trouvez parfois arides les longs exposés de la matière médicale et de la posologie que je suis tenu de vous faire.

Et c'est souvent que vous vous dites : « A quoi cela sert-il ? » A quoi cela sert, messieurs? Permettez-moi de vous répondre par cette autre question que Franklin opposait à ceux qui lui parlaient ainsi : « A quoi sert l'enfant qui vient de naître? » disait-il. Eh oui, à quoi sert cet être infime et vagissant? Sera-t-il le laboureur qui trace son obscur sillon

dans le champ de l'existence? Sera-t-il le savant, le génie où la nature capricieuse a mis son étincelle! Qu'importe! Qui oserait nier que l'humble artisan et le glorieux penseur n'ont pas ensemble une action nécessaire et commune?

A quoi cela sert-il? A apprendre, messieurs, à savoir. Et quand plus tard, vous songerez à vos leçons écoutées et apprises, vous trouverez juste ce mot de d'Alembert à ses disciples: « Apprenez, apprenez, il en reste toujours quelque chose. »

Ce qui vous restera à vous, messieurs, ce sera la possibilité d'exercer ce que Trousseau appelait un *don divin*, le don de soulager l'humaine souffrance.

C'est vers ce but, messieurs, que mes efforts tendront à vous conduire. Et je voudrais, pour parfaire mon cours, que le Conseil de votre Ecole m'autorisât à vous compléter à la clinique du matin les leçons théoriques que je vous fais à mon cours du soir.

Je l'ai demandé et j'espère l'obtenir. Car, votre Ecole, messieurs, offre ceci de particulièrement admirable, c'est que c'est pour vous un cercle d'amis, constamment préoccupé, constamment heureux de vous aider, de vous soutenir, de vous guider. Votre professeur, M. Bonnard, vous le disait excellemment tout à l'heure: on a désir ici surtout de vous être utile.

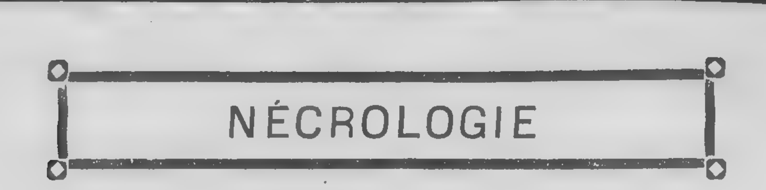
Je vous le redis, moi aussi parce que cela est vrai, et parce que cela est ce qui a plus frappé les pouvoirs publics et tous les amis de votre maison. Oui, votre maison, messieurs, la maison des dentistes! Combien il serait à désirer que les Facultés officielles, sans oublier celle de Paris, prissent exemple sur cette ruche d'enseignement mutuel qu'a élaborée, conçue et édifiée votre incomparable directeur, M. Godon, aidé de collaborateurs dévoués et désintéressés.

Aimez-la, messieurs, cette maison, de toute votre juvénile énergie. Elle est à vous. Vous y êtes élèves aujourd'hui; demain vous aurez le droit, par voie de sélection, d'y devenir des maîtres.

J'ai essayé, messieurs, bien que n'appartenant pas à votre

art spécial, de me conformer à l'esprit qui anime l'*École dentaire de Paris.* Je suis heureux, fier, d'appartenir à son corps enseignant et c'est avec joie que je m'efforcerai de vous aplanir la route ardue que vous aurez à parcourir.

Je mettrai à vous instruire tout mon dévouement et tout mon zèle. Je vous demande seulement d'être des disciples attentifs. Unissons nos efforts ; unissons ensemble nos intelligences et nos volontés. Et dites-vous bien, messieurs, que si avec ce commerce mutuel, avec notre ardeur commune à apprendre et à trouver, dites-vous bien que si plus tard, grâce à cette collaboration, vous pouvez avoir la satisfaction certaine d'avoir pu soulager une souffrance, apaiser une douleur, ou simplement sécher une larme, dites-vous bien que ni vous ni moi nous n'aurons perdu notre temps !



# NÉCROLOGIE

## M. FALCOZ.

Nous apprenons la mort de M. Edouard Falcoz, chirurgien-dentiste à Paris, un des plus anciens membres de l'Association générale des dentistes de France, décédé le 4 octobre 1903, à l'âge de 45 ans.

Les obsèques ont eu lieu le 6 à l'église Saint-Leu.

Nous exprimons nos regrets de cette perte à la famille du défunt.





# NOUVELLES

## Concours a l'École dentaire de Paris.

Très prochainement auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris des concours pour plusieurs postes de chefs de clinique d'anesthésie et de prothèse. Nous en publierons les programmes ultérieurement.

---

## Société d'Odontologie de Paris.

*Réunions de décembre.*

Séance du mardi 1er décembre à 8 h.1/2 précises du soir.

1° Perforateur Bercut, de J. Bercut et A. Donat, présenté par M. le professeur Sebileau ;

2° Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle, par le Dr Pinet ;

3° Un cas d'angine de Ludwig d'origine dentaire, par M. Squillante (observation lue par le Dr Sauvez) ;

4° Election d'une commission d'initiative pour organiser une souscription en vue d'élever un buste à la mémoire de M. Lecaudey.

*Séance de démonstrations pratiques du dimanche 6 décembre à 9 heures du matin.*

1° Application du ciment, traitement de M. Fayoux, par M. Fayoux (de Niort) ;

2° Obturations mixtes au ciment et à l'amalgame, par M. Bonnard :

3° Anesthésie locale par le mélange cocaïne-adrénaline, par M. Loup;

4° Extractions dentaires et chloroformisation dans la position de Röse, par le Dr Friteau ;

5° Extractions dentaires durant l'application de certains anesthésiques de courte durée (protoxyde d'azote, chlorure d'éthyle, somnoforme), par le Dr Friteau.

6° Méthode de Knapp. Appareils de redressement par M. Knapp, D. D. S.

*Le secrétaire général,*
Dr Friteau.

---

## Mariage.

Nous apprenons le mariage d'un de nos jeunes diplômés, M. Jacques Ribard, fils de notre confrère du Havre, avec Mlle Louise Suzanne.

Nous adressons aux jeunes époux nos sincères félicitations.

---

## Erratum.

Nous avons publié dans notre numéro du 30 août, p. 239, sous le titre *Syndicat dentaire du centre-ouest*, la composition du bureau de cette société. Le titre et la composition étant erronés, il y a lieu de rectifier ainsi cette mention :

### Association des dentistes du centre.

Le bureau est ainsi composé pour 1903-1904 :

MM. Bouvet, président (Angers).
Brodhurst, vice-président (Montluçon).
Lalement, secrétaire-trésorier (Nevers).
Delair, membre (Paris).
Vichot, d° (Angers).

---

## Cours d'Esperanto.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a autorisé, dans sa séance du 20 octobre dernier, M. Hugo Szwaycarski à faire, sur sa demande, un cours d'Esperanto à l'Ecole.

Ce cours, qui comprendra dix leçons, commencera le 29 novembre. Il aura lieu le dimanche matin à 9 heures et demie. Peuvent y assister toutes les personnes appartenant à la profession dentaire.

Les inscriptions sont reçues au bureau de rédaction de *L'Odontologie*.

L'inauguration se fera sous la présidence de M. Bourlet, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts et au Lycée Saint-Louis.

---

## Première assemblée annuelle de l'Association centrale des Stomatologistes autrichiens.

La première assemblée statutaire annuelle de l'Association centrale des Stomatologistes autrichiens aura lieu à Vienne les 6 et 7 décembre 1903. Le Comité d'organisation, composé des Drs Kosel,

Trebitsch, Trauner et Weiser, invite tous les confrères autrichiens et étrangers à y prendre part par des communications et des démonstrations pratiques.

Les adhésions sont reçues chez le Dr Trauner, 6, Stefansplatz, Vienne.

Les avis de communications scientifiques et de démonstrations pratiques sont reçus chez le Dr R. Weiser, 2, Frankgasse, Vienne.

Les communications et comptes rendus de démonstrations paraîtront dans le journal *Österreichische Zeitschrift für Stomatologie.*

Le 5, à 8 h. du soir réception, 15 Schlösselgasse.

Le 6, séances scientifiques de 9 h. à 1 h. et de 3 h. à 6 h.

Le 7, séance scientifique de 9 h. à 1 h.

Le 7, à 9 h. du soir, fête.

---

### Soins dentaires aux militaires.

Le gouvernement allemand a recommandé aux régiments allemands de soumettre les soldats à une inspection dentaire et, au besoin, de s'attacher des chirurgiens-dentistes. Les hommes de quelques régiments ont déjà reçu des brosses à dents et de la pâte dentifrice. Ces objets se trouvent d'ailleurs chez certains cantiniers.

---

### Hygiène dentaire.

La municipalité de Graz (Autriche) a confié le traitement dentaire des pupilles de l'orphelinat de la ville au Dr Dauscher, dentiste de cette ville.

---

### Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

L'assemblée générale annuelle du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France aura lieu le samedi 12 décembre 1903, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Intérieur, représenté par M. Cohen, chef adjoint de son cabinet.

Elle sera précédée d'un dîner amical.

Les deux réunions auront lieu au Dîner Français, 27, boulevard des Italiens.

---

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE DES DENTISTES DE FRANCE.

MM. les actionnaires de la Société coopérative des Dentistes de France sont convoqués en assemblée générale le samedi 5 décembre prochain à 8 heures 3/4 du soir au Siège Social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. L'ordre du jour comporte la lecture du rapport du commissaire des comptes et de celui du Conseil d'administration, la fixation de la répartition des bénéfices et la régularisation définitive de la souscription à cent actions nouvelles faite en mai dernier.

---

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

---

AVIS

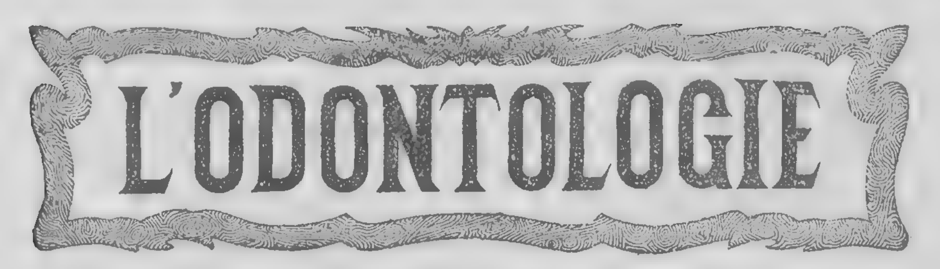
**COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL**

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

23e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1903 Vol XXX




***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## FÊTE DE LA DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

### DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE,

Doyen de la Faculté de médecine.

Il fut un temps où les médecins se croyaient très supérieurs aux chirurgiens. Il ne s'agissait pas de cette supériorité imaginaire qu'on s'arroge volontiers en se comparant aux autres hommes ; elle était confirmée par arrêt du Parlement et semblait indiscutable.

Il en fut ainsi de toutes les branches de la médecine et plus spécialement de l'art dentaire. Ma présence parmi vous montre que toutes ces distinctions subtiles n'existent plus. De même disparaîtront, je l'espère, les barrières artificielles qui séparent les diverses professions ou plus exactement qui les hiérarchisent, les unes étant nobles et les autres roturières (*Applaudissements*) ; les enfants de notre démocratie se pénétreront de cette idée que l'estime où nous tenons un homme doit dépendre de son mérite personnel, de son caractère et non de sa profession. (*Applaudissements.*)

Chez vous, certains groupements subsistent encore, ils deviennent l'occasion de rivalités latentes qui doivent s'ef-

facer. Vous vous divisez en dentistes, dentistes-médecins et médecins-dentistes.

Les dentistes sont ceux qui, munis du diplôme spécial, exercent leur profession avec l'habileté acquise par les élèves de vos écoles.

Les dentistes-médecins sont ceux qui, après avoir fait des études spéciales, deviennent docteurs afin de posséder un titre justement estimé et d'accroître leurs connaissances en pathologie.

Les médecins-dentistes sont les docteurs attirés par la carrière dentaire qui ont complété leurs études par celles nécessaires à un dentiste. (*Applaudissements.*)

Sans prendre parti pour aucun des groupes que je viens d'indiquer, je forme des vœux ardents pour que, renonçant à toute rivalité, à toute prééminence, ils n'aient qu'un but commun : la prospérité morale et matérielle de leur profession. (*Applaudissements.*)

Je ne vous tracerai pas un plan de réformes ; permettez-moi cependant de vous dire ce qui, suivant moi, pourrait être une modification heureuse à l'état actuel des choses.

Il faudrait que les docteurs fussent initiés aux principes de l'art dentaire, car les spécialités ne sont possibles que dans les grandes villes, et beaucoup de nos confrères, praticiens de campagne, doivent être à la fois médecins, chirurgiens, accoucheurs, dentistes, etc.....

Ceux qui se destinent spécialement à votre profession doivent l'étudier d'emblée et de bonne heure. On n'apprend bien que ce qu'on apprend jeune. Parmi ses nombreux privilèges, la jeunesse a celui d'apprendre tout bien et rapidement. (*Applaudissements.*) Dans les professions manuelles, ceux qui ne commencent pas jeunes leur apprentissage ne deviennent jamais des maîtres. Ceci est également vrai des choses de l'esprit. Aussi me paraît-il préférable d'aborder immédiatement vos études spéciales, qu'on ait l'intention ou non de poursuivre jusqu'au doctorat.

Il faudrait modifier la scolarité de ceux qui veulent strictement limiter leur activité à la cure des maladies des dents.

Le certificat d'études exigé est un peu trop élémentaire ; une culture préalable permet seule de bien profiter de l'enseignement de vos écoles. Cette culture, vous l'avez presque tous, mais il est préférable qu'elle soit exigée.

Tout en vous livrant de bonne heure à vos études spéciales, de façon à acquérir une grande habileté de main, il serait bon d'élargir le cercle de vos études théoriques et cliniques de façon à mieux connaître les grands processus morbides et surtout leurs manifestations buccales.

Ces réformes ne sont pas à l'ordre du jour, mais elles se feront, parce qu'elles sont dans la marche naturelle des choses.

Il me reste à remplir un devoir agréable, celui de féliciter vos maîtres de la prospérité de leur école, prospérité due à leur initiative personnelle et non à un concours officiel, à féliciter les lauréats des récompenses légitimement acquises par leur travail.

Mais il me reste à vous remercier, Messieurs les directeurs, des éloges et des compliments que vous m'avez faits ; je les accepte avec reconnaissance et je les accepte tous avec d'autant moins d'embarras que je les reporte complètement à la Faculté de médecine dont j'ai l'honneur d'être le doyen. (*Applaudissements prolongés.*)

---

La 24ᵉ fête annuelle de la distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi 21 novembre 1903 sous la présidence de M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, assisté de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et de M. Strauss, sénateur, dans la salle de la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes.

La salle était élégamment décorée de drapeaux et de fleurs et un orchestre avait été disposé dans un des angles.

Sur l'estrade avaient pris place le président et ses deux assesseurs, le directeur, le directeur adjoint, les membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant, ainsi que MM. Dupont, représentant le secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, Hirtz, médecin des hôpitaux, Launois, médecin des hôpitaux professeur agrégé à la Faculté de médecine, Hivert, sous-directeur de l'École odontotechnique, etc.

A neuf heures, M. Debove ouvre la séance en donnant la parole au secrétaire général pour la lecture de la correspondance.

Ce dernier fait part des lettres, télégrammes et cartes d'excuses émanant du Président du Conseil des ministres, du Gouverneur militaire de Paris, de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur; de M. Georges Berry, député; de MM. Edgar Combes, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur; Pasquier, sous-directeur au Ministère du Commerce; Rendu et Levée, conseillers municipaux; Sansbœuf, adjoint au Maire du 8e arrondissement; le professeur Sebileau; Vincent, médecin inspecteur; le Dr Edmond Vidal, secrétaire général adjoint de la Société de médecine; Evellin, inspecteur honoraire d'Académie; Fringnet, inspecteur d'Académie; Le Dentu professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; les Drs Plicque, Baratoux, Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, et Thoumire; de MM. Poinsot, Borcier, de Croës, Davenport, chirurgiens-dentistes, etc.

*
* *

M. Godon, directeur de l'Ecole, avec sa compétence coutumière, rend tout d'abord hommage aux éminentes personnalités constituant notre comité de patronage, puis il fait dans ses grandes lignes l'historique de notre institution, qui est en même temps celui des progrès de l'art dentaire en France. Il expose ensuite la question odonto-stomatologique et termine par l'énumération des réformes que nous souhaitons obtenir des pouvoirs publics.

M. Martinier, dans un langage élevé, fait l'exposé complet de la division de notre enseignement et de notre programme pédagogique dans toutes ses branches : scientifique, médical, et technique, puis il termine par ces paroles qui décrivent bien l'état d'âme de notre distingué directeur adjoint et des collaborateurs dévoués qui l'entourent :

« *C'est le but véritablement noble et élevé de l'existence que de consacrer une partie de son temps et un peu de son esprit et de son cœur à rendre la vie plus heureuse aux travailleurs de demain. Car ici, dans notre maison, Monsieur le doyen, c'est l'esprit de solidarité, de mutualisme qui domine, et cet esprit imprègne tous ceux qui y vivent, maîtres et élèves.* »

Cette fête solennelle de la distribution des récompenses aux élèves constitue chaque année un événement professionnel dont l'Ecole dentaire de Paris a le droit de s'enorgueillir, car chaque année les encouragements officiels viennent consacrer ses efforts et ses succès.

Son enseignement, tout à la fois scientifique, médical et technique ressortit à deux ministères ; c'est ainsi qu'il y a deux ans le ministre du

Commerce, « *qui s'honore de compter dans ses attributions l'enseignement technique, saisissait avec plaisir l'occasion qui lui était offerte de témoigner sa sympathie, son admiration à l'Ecole dentaire de Paris* ».

L'an passé, le grand maître de l'Université, rendant hommage au « *caractère scientifique élevé de notre enseignement, revendiquait pour le ministre de l'Instruction publique le droit de partager avec le ministre du Commerce la sympathie* » qu'il nous avait témoignée.

Cette année, M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, venait, lui aussi, avec l'autorité qui s'attache à ses hautes fonctions, rendre justice à nos aspirations.

En exposant la situation divisée de l'art dentaire en France, il proclamait la nécessité pour ceux qui l'exercent de « *l'étudier d'emblée et de bonne heure* » et il ajoutait : « *On n'apprend bien que ce qu'on apprend jeune. Parmi ses nombreux privilèges, la jeunesse a celui d'apprendre tout bien et rapidement. Dans les professions manuelles, ceux qui ne commencent pas jeunes leur apprentissage ne deviennent jamais des maîtres. Ceci est également vrai des choses de l'esprit. Aussi me paraît-il préférable d'aborder immédiatement vos études spéciales, qu'on ait l'intention ou non de poursuivre jusqu'au doctorat.* »

Cette première déclaration est la reproduction de l'une de nos idées les plus chères : pour être capable de remplir complètement les nombreuses exigences de notre profession, il faut, avons-nous répété dans tous nos Gongrès, être *dentiste d'abord*. Depuis trente ans nous combattons ceux qui, docteurs en médecine, entrent subitement dans notre profession sans aucune préparation spéciale ; aussi pouvons-nous être fiers d'entendre le doyen de la Faculté de médecine de Paris proclamer la justesse de l'une de nos plus importantes revendications, et déclarer à nos élèves : soyez d'abord dentistes, vous pourrez ensuite,mais ensuite seulement, devenir docteurs en médecine.

Nous avons trop souvent exposé la même théorie pour que nous n'ayons pas eu un très grand plaisir à l'entendre de la bouche de l'éminent doyen.

En effet, n'avons-nous pas toujours défendu la nécessité primordiale d'assurer, avant tout, à nos futurs confrères *l'habileté manuelle* qui, selon la très juste expression de M. Martinier, est le « *principe fondamental et inéluctable de notre profession, habileté qui ne peut être acquise que de très bonne heure, au début des études dentaires, plus tôt même si cela est possible.* »

N'avons-nous pas encore à l'avant-dernière réunion de la Fédération dentaire nationale votée :

« Que le certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste est vraiment insuffisant ;

» Que d'ailleurs son programme ne concorde plus avec l'enseignement secondaire actuel ;

» Que le *nouveau certificat d'études secondaires du premier degré* institué par les nouveaux règlements serait, lui aussi, très insuffisant[1]. »

De son côté la Fédération dentaire internationale n'a-t-elle pas décidé que les études préliminaires des dentistes devaient être équivalentes à celles des docteurs en médecine.

Cette conception du dentiste moderne, pourvu tout à la fois de connaissances préliminaires et d'habileté manuelle, dont M. Godon et ses collaborateurs se sont faits les infatigables propagateurs dans nos réunions professionnelles (Congrès ou Fédérations), ne peut que rallier tous les hommes de bonne foi.

M. le professeur Debove a accentué l'importance de ces déclarations en les prononçant d'une voix lente et sûre, en les soulignant d'un geste net et précis ; il faut avoir *entendu* l'orateur prononcer les trois phrases concernant les dentistes, les dentistes-médecins et les médecins-dentistes pour comprendre tout ce que M. Debove a mis de subtile malice dans la dernière de ces définitions.

Aussi l'Ecole peut-elle être fière d'avoir donné à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris l'occasion de dire en public ce qu'il pense de nos plus essentielles revendications, qu'il trouve justes et équitables, et dont la réalisation se fera « parce qu'elle est dans l'ordre naturel des choses ». Chacun a senti la sympathie de M. le professeur Debove pour l'Ecole dentaire de Paris et d'unanimes applaudissements ont salué la fin de son discours.

*
* *

Suivant l'usage, le Conseil d'administration avait fait choix d'un professeur auquel serait décernée la médaille d'or annuelle.

Cette fois, le choix du Conseil avait porté sur M. Francis Jean, professeur titulaire de clinique, et M. Godon l'annonce en ces termes :

« Tous les ans, à cette fête, pour remercier le corps enseignant de l'École de son dévouement et de son désintéressement, le Conseil d'administration me charge de remettre une médaille d'or à l'un de nos professeurs.

» Le Conseil a fait choix, cette fois, de M. Francis Jean.

» Les titres qui lui ont valu cette distinction ne manquent pas, parce que son activité, comme celle de la plupart de nos collègues, est déployée aussi bien sur le terrain administratif que sur le champ de l'enseignement.

1. Fédération dentaire nationale. Session de Montauban. Rapport Ed. Papot. *L'Odontologie*, 30 août 1902.

» Diplômé de notre École en 1885, M. Francis Jean entrait la même année dans notre corps enseignant en qualité de démonstrateur. En dix-huit ans, il a franchi successivement tous les échelons : chef de clinique (1888), professeur suppléant (1891), puis professeur titulaire (1896).

» Dans l'ordre administratif, il a été pendant dix ans membre de notre Conseil d'administration (1889-1899) et pendant deux ans secrétaire général de l'École (1894-1896). Durant trois ans il a fait partie du Comité de rédaction de notre journal *L'Odontologie*.

» Dans l'ordre scientifique il a été vice-président du Congrès dentaire national de Bordeaux en 1895, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris en 1894 et président de cette Société en 1895.

» Je passe sous silence les nombreuses et intéressantes communications présentées par M. Francis Jean à cette Société et les multiples articles scientifiques qu'il a publiés dans notre journal.

» M. Francis Jean est un des collaborateurs les plus dévoués de l'École dentaire de Paris ; aussi est-ce avec grand plaisir que je lui remets cette médaille, au nom du Conseil d'administration. »

M. Debove remet lui-même à M. Francis Jean cette médaille, au milieu des applaudissements les plus nourris.

M. Baelen, secrétaire de la Commission d'enseignement, donne lecture du palmarès et il est alors procédé à la distribution des récompenses et des diplômes aux lauréats et aux étudiants de la scolarité 1902-1903.

M. Godon remercie le président en ces termes et lui remet, à titre de souvenir, une médaille commémorative de la séance :

« Je suis sûr d'être l'interprète de toute l'assistance en vous remerciant de votre présidence et des bonnes paroles que vous avez prononcées tout à l'heure. Nous les inscrirons précieusement dans les annales de l'École, et pour que vous gardiez le souvenir de votre passage parmi nous, nous vous offrons cette médaille, au nom du Conseil d'administration. »

M. Debove déclare aimablement qu'il ne s'attendait pas, après

une si courte scolarité, à être adjoint aux lauréats et remercie de cette gracieuseté.

A dix heures un quart, cette première partie de la séance prend fin et les invités se rendent au buffet préparé au premier étage.

Au bout d'une demi-heure environ, la deuxième partie, qui comprend une soirée artistique, commence, à la grande satisfaction des 1.500 personnes environ qui remplissent la salle, et se termine vers minuit.

Cette fête, qui a eu un grand éclat, laissera l'impression d'un souvenir agréable à tous ceux qui y ont assisté et constitue un succès de plus à l'actif de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Ed. Papot.

---

## DISCOURS DE M. LE Dr GODON,

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le président,
Mesdames, Messieurs,

A chacune de nos fêtes annuelles, nous éprouvons une grande satisfaction lorsqu'il nous est donné de voir, au milieu des amis de l'institution, de ses professeurs et de ses élèves, des personnalités éminentes de la science ou de la politique apporter à l'œuvre dont nous avons la charge le précieux appui de leur présence. Mais aujourd'hui nous devons nous féliciter davantage en voyant l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Debove, présider cette réunion, assisté de membres de notre Comité de patronage qui comptent parmi les plus anciens amis de notre école, comme M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et M. le sénateur Strauss, directeur de la *Revue philanthropique* et président de nombreuses commissions et de nombreuses sociétés d'assistance et de solidarité sociale.

La grande notoriété scientifique et médicale de M. le professeur Debove, la haute situation de M. Mesureur et de M. Strauss jettent sur cette fête le plus vif éclat et lui donnent un caractère spécial, dont vous appréciez tous l'importance. Nous leur souhaitons la bienvenue parmi nous, ainsi qu'à tous ceux qui ont bien voulu, en assistant à notre

fête, nous témoigner leurs précieuses sympathies. Nous vous remercions particulièrement, monsieur le doyen, de nous avoir fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

La présence simultanée ce soir, à cette fête, de notre président et de ses deux éminents assesseurs nous rappelle combien ils se rencontrent souvent dans de semblables collaborations, et c'est toujours pour des œuvres qui ont pour but de rechercher les moyens de combattre quelqu'une des misères humaines, comme dans cette grande commission de la tuberculose, où vos travaux antérieurs vous assignaient une première place, monsieur le doyen. Cela souligne bien le côté philanthropique qui est représenté dans notre institution par le dispensaire de notre école, que nous avons créé pour les pauvres, afin qu'ils y trouvent gratuitement un traitement dentaire qu'ils n'auraient pu recevoir nulle part aussi complet.

Notre œuvre est bien intéressante aussi au point de vue professionnel.

Nous avons acquis près de la Faculté de médecine une place bien spéciale dans la grande famille médicale à force d'efforts et de temps, et, puisque vous êtes maintenant à Paris le représentant autorisé de cette famille, monsieur le doyen, il vous paraîtra bien naturel que nous ayons tenu à vous voir présider cette fête. Votre présidence est pour nous une confirmation nouvelle de cette situation.

Cette cérémonie annuelle est destinée évidemment à fêter surtout la distribution des prix à nos élèves et la réouverture de nos cours. Mais elle a aussi pour but d'affirmer publiquement les idées que nous défendons et dont cette école est la plus éclatante manifestation.

Les chirurgiens, que l'on confondait, il y a deux siècles, avec les barbiers, ont longtemps souffert du discrédit qui s'attachait au travail manuel ; ils en souffraient encore au commencement du siècle dernier, comme vous le rappeliez, monsieur le doyen, dans votre belle conférence aux étudiants sur le chirurgien Larrey, cet homme de bien qui,

comme vous le disiez en terminant, a, par ses vertus, honoré la profession médicale. Les dentistes ont, comme les chirurgiens, souffert du même préjugé ; ils ont dû, eux aussi, conquérir pied à pied la situation sociale qu'ils occupent enfin aujourd'hui.

Ils ont eux-mêmes, depuis vingt-cinq ans, poursuivi la rénovation de leur art et la renaissance des études odontologiques, que l'État avait jusqu'alors méconnues ou dont il s'était désintéressé.

Depuis dix ans, continuant cette œuvre de relèvement professionnel, ils se sont faits les auxiliaires bénévoles de l'État pour l'application de la loi nouvelle de réglementation.

L'histoire de cette évolution se confond avec celle de l'École dentaire de Paris, qui en a été l'agent principal. Elle est intéressante pour ceux d'entre nous qui l'ont vécue et probablement aussi pour ceux qui viennent en écouter le récit, puisqu'ils sont plus nombreux chaque année.

Elle reste toujours très attachante, à quelque point de vue qu'on la considère, non seulement au point de vue professionnel ou philanthropique, mais encore au point de vue scientifique et pédagogique, économique et social.

Au point de vue scientifique, une science spéciale nouvelle s'est créée, constituée, développée : la science odontologique, dont les progrès ont sans cesse été grandissants. Cette science a maintenant ses revues, ses livres, ses sociétés, ses congrès et aussi, permettez-moi de le dire, ses savants. C'est pourquoi des hommes de science sont venus tour à tour s'y intéresser et apporter leur patronage à l'œuvre, comme MM. les professeurs Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Labbé, Pozzi, Gariel, comme notre président ce soir, le professeur Debove.

Elle est intéressante sous le rapport économique et social, parce qu'elle a été fondée par l'initiative privée, qu'elle constitue un exemple de mutualité, de solidarité ; qu'elle est dans son organisation une application de tous les principes démocratiques, une émancipation économique d'une

profession réalisée par elle-même. C'est pour cela qu'elle nous a valu l'appui de tous les hommes politiques qui ont depuis trente ans dirigé les destinées de la République et qui y retrouvaient le champ d'expérimentation de toutes les idées nouvelles qu'ils répandaient autour d'eux dans le pays, en même temps que l'appui de la presse et du public parisien.

Ces sympathies générales nous sont venues des côtés les plus divers pour les motifs que nous venons d'indiquer et aussi parce que tous ont reconnu dans notre institution une de ces œuvres qui vivent de dévouement et de désintéressement, mais qui en échange éclairent d'une lueur d'idéal et ennoblissent la vie de ceux qui s'y consacrent. Aussi tous suivent-ils avec le même intérêt cette fête où l'on constate chaque année une étape nouvelle dans l'évolution de l'École dentaire de Paris et de la dentisterie française, aux progrès de laquelle notre école reste si intimement liée. Mais pourquoi les dentistes se sont-ils ainsi chargés de services publics qui regardent généralement l'État, tels que l'enseignement professionnel, l'assistance, etc. ?

C'est qu'il existe une question dentaire ou, permettez-moi l'expression, une question odonto-stomatologique.

Vous savez qu'avant 1878 il n'y avait en France aucune organisation officielle ou professionnelle de l'art dentaire, aucun enseignement, aucune société. A la suite de sollicitations diverses, l'attention de l'État fut appelée sur cette profession qui fonctionnait ainsi librement sans réglementation spéciale. L'Université fut, de son côté, amenée à considérer l'éventualité de l'introduction de l'enseignement odontologique dans l'enseignement supérieur. Mais l'Université est une aristocratique personne ; elle était assez imbue, elle aussi, à cette époque, du préjugé sur le travail manuel qui a tant nui à nos aînés, les chirurgiens ; aussi se souciait-elle médiocrement de voir entrer chez elle des éléments qu'elle considérait comme peu universitaires. C'est alors que l'on tenta de substituer quelques-uns des éléments inférieurs de la Faculté, comme les officiers de

santé ou les étudiants en médecine sans avenir au personnel des dentistes, auquel on reprochait alors en général une éducation universitaire et médicale insuffisante. Pourtant à qui en incombait la faute?

Pour le succès de cette transformation, on créa d'abord un nouveau mot tiré du grec : stomatologie, afin de remplacer le mot odontologie, et les partisans de la nouvelle doctrine devinrent les stomatologistes, par opposition aux dentistes dits odontologistes. C'est tout ce qu'elle a produit, car, comme je le rappelle souvent, le principe sur lequel on prétendait appuyer ce beau projet est un sophisme qu'on formule ainsi : l'art dentaire est la médecine des maladies de la bouche et des dents ; donc le médecin est le mieux qualifié pour exercer cette spécialité médicale.

Cette définition a, j'en conviens, une apparence de vérité à première vue pour les esprits superficiels ; mais,si on l'examine d'un peu près, on s'aperçoit de l'erreur qu'elle contient.

En effet, nous ne saurions trop le répéter, les maladies de la bouche, cela veut dire les maladies des lèvres, des joues, de la langue, des amygdales, etc. ; or, a-t-on jamais vu les malades aller consulter, sauf exceptionnellement (moins de cinq fois sur cent), leur dentiste, fût-il stomatologiste, pour ces affections? L'art dentaire se limite en général à la région dentaire ou gingivo-dentaire.

La solution qu'on proposait avait encore l'avantage de créer un excellent champ de dérivation pour décongestionner les voies encombrées de la profession médicale, de simplifier la question d'enseignement, qui se réduisait ainsi à la création d'une chaire de stomatologie et à quelques cliniques hospitalières.

Le public, qui était bien un peu intéressé dans la question, constatant que le nouveau procédé de recrutement ne lui donnait pas les meilleurs dentistes, ne suivit pas l'orientation nouvelle ; les odontologistes gardèrent en général sa confiance, d'autant plus que les médecins dont on prétendait faire des dentistes n'étaient pas, sauf d'honorables exceptions, les meilleurs éléments de la Faculté.

De leur côté, les dentistes, peu disposés à se laisser ainsi exproprier, opposèrent au programme de leurs adversaires le programme des odontologistes, c'est-à-dire l'autonomie de l'art dentaire, la nécessité des études spéciales distinctes et complètes, faites dans une école professionnelle dite école dentaire, commencées de bonne heure pour le développement de l'habileté manuelle, si nécessaire, et se terminant par un diplôme de chirurgien-dentiste, comme l'avaient compris et démontré expérimentalement pendant quarante ans ceux qui nous avaient précédés dans cette voie, les Américains et les Anglais.

C'est de ce beau mouvement de défense professionnelle qu'est née l'École dentaire de Paris, qui forme aujourd'hui avec toutes ses annexes une organisation des plus complètes, puisqu'elle comprend :

Une école pour les jeunes ;

Une société scientifique pour ses membres avec bibliothèque et musée ; un journal scientifique ; une caisse de prévoyance pour les membres devenus malheureux ; une chambre syndicale avec service d'arbitrage pour les différents professionnels ; une coopérative d'achats ; enfin un dispensaire gratuit pour les pauvres.

Toutes les branches de cette organisation sont à l'étroit dans un immeuble de mille mètres de superficie avec 20.000 francs de loyer, un budget annuel de 125.000 francs et un personnel enseignant de soixante-huit membres, dont la moitié n'est pas payée et dont l'autre moitié reçoit une indemnité dérisoire, pour assurer l'enseignement intégral de la dentisterie à 250 élèves et des traitements dentaires complets à 42.670 malades, chiffre de l'année dernière.

Nous sommes loin de l'enseignement stomatologique qu'on se proposait d'organiser dans un petit local abandonné de la Faculté ou de l'Assistance publique avec les maigres subsides que la parcimonie du Parlement, très justifiée du reste, aurait pu accorder ; loin aussi de l'enseignement réduit que donne, paraît-il, en ce moment un médecin stomatologiste belge à ses confrères, auxquels il en-

seigne l'art dentaire pratique en cinq leçons, estimant tout le reste un fatras inutile !

Ce programme un peu rapide nous rappelle certain docteur Sangrado qui, si nous en croyons Le Sage, enseigna à Madrid au XVII$^{e}$ siècle la médecine à ce bon Gil Blas de Santillane, en une leçon et en deux formules : les saignées et l'eau chaude !

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la variété de ces méthodes d'enseignement : tout dépend de l'élévation des conceptions et du public auquel on s'adresse. On a pu voir, surtout dans les polémiques échangées entre odontologistes et stomatologistes sur l'enseignement dentaire, que ces derniers, pour masquer leur insuffisance technique, grossissaient outre mesure l'importance des connaissances médicales, du parchemin doctoral ; leur attitude rappelait assez celle des médecins de Molière :

« Il y a eu, il y a et il y aura toujours des Diafoirus dans les Facultés », disiez-vous, monsieur le doyen, dans cette conférence que vous fites aux étudiants de l'Université sur le *Malade imaginaire* ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour en faire des dentistes ! »

*
* *

Les succès ont, chaque année, récompensé les efforts des fondateurs de notre institution. La loi de 1892 est venue reconnaître, en instituant le diplôme d'État de chirurgien-dentiste, la situation que notre école avait ainsi créée. Cela ne nous a pas suffi : successivement, devant toutes les sociétés, dans tous les congrès, nationaux et internationaux, depuis 1889, nous avons été planter la bannière de l'École dentaire de Paris. Puis, dans les différentes sessions de la Fédération Dentaire Internationale, à Cambridge en 1901, à Stockholm en 1902, et cette année à Madrid, en présence des délégués les plus qualifiés des écoles et des sociétés dentaires du monde, nous adoptions le programme international qui est la confirmation des idées que nous défendions en matière d'enseignement et d'assistance publique.

Ce programme recevait encore l'approbation de la Section d'Odontologie et de Stomatologie du Congrès international des Sciences médicales, qui avait semblé jusque-là inféodé aux idées de nos adversaires. L'année professionnelle se continuait par un Congrès dentaire national à Angers au mois d'août, qui comprenait la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences et la session de la Fédération dentaire nationale, créée, comme la Fédération Dentaire Internationale, à l'occasion du Congrès de 1900, qui toutes les deux ont appuyé les mêmes revendications.

Vous venez de voir que nous avons obtenu graduellement dans la plupart des réunions professionnelles françaises et étrangères l'approbation de notre programme et de nos idées. L'Administration supérieure nous avait semblé peu empressée à accueillir les revendications des dentistes ; mais ces craintes sont maintenant dissipées.

Après la présidence de M. le Ministre de l'Instuction publique l'année dernière, la présidence de l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, cette année, vient corroborer l'assurance qu'il nous a donnée que nous le trouverons toujours disposé à faciliter la réalisation de celles de nos revendications qui le concernent.

L'Assistance publique a maintenant à sa tête, comme directeur, M. Mesureur, qui nous connaît et nous apprécie depuis 1886, année où il nous présida pour la première fois dans une séance analogue à celle-ci ; il connaît bien aussi la question dentaire, car il est un de ceux qui en 1894 ont préconisé à la Commission du budget et fait adopter par le Parlement la solution actuelle : l'enseignement dentaire par les écoles et les societés professionnelles. Il est donc bien qualifié pour assurer la collaboration de l'école à son œuvre d'assistance.

Je puis donc vous le dire, mesdames et messieurs, l'année 1903 compte parmi les meilleures dans notre évolution. Et maintenant, dix ans après la loi de réglementation, que reste-t-il du programme stomatologique qui soit encore appliqué ? Que reste-t-il du programme odontologique qui ne le

soit pas encore ? S'il manque quelque chose aujourd'hui au chirurgien-dentiste de l'Université de Paris pour qu'il soit l'égal du chirurgien-dentiste d'une Université étrangère, des États-Unis par exemple, ce n'est pas au point de vue de ses connaissances techniques et médicales, car les professeurs de l'Université de Pensylvanie ont admis, cette année, l'équivalence des études à l'École dentaire de Paris et à la Faculté de dentisterie de leur Université, ce qui facilitera pour l'avenir les voyages de perfectionnement entre les étudiants de ces deux écoles.

Il ne manque à ce chirurgien-dentiste français que certaines prérogatives dont jouit son collègue d'outre-mer et qui ont été jusqu'à présent réservées comme fiches de consolation aux stomatologistes : celles d'examinateur ou de dentiste d'hôpital, par exemple.

Ce n'est plus qu'une question de temps. Le bon sens a fini par l'emporter après vingt-cinq années d'efforts : « Vingt-cinq ans ? C'est peu, me disait-on récemment ; c'est trente-trois ans d'efforts persévérants qu'il faut pour faire aboutir une idée juste ! Le temps qu'une génération ait passé ! »

Donc, la lutte reste toujours ouverte tant que sur un point la victoire n'est pas complète.

Il reste à faire encore, notamment dans l'enseignement, quoique nous ayons beaucoup perfectionné cette année, comme vous le dira tout à l'heure notre dévoué directeur adjoint, M. Martinier, auquel je laisse le soin de traiter cette partie qui le concerne comme directeur de l'enseignement.

Vous me direz probablement : « En quoi ceux qui ne sont ni dentistes ni désireux de le devenir peuvent-ils être intéressés par le récit de ces luttes entre stomatologistes et odontologistes ? Le moindre petit progrès diminuant nos douleurs, d'où qu'il vienne, nous intéresserait bien plus. »

Mais c'est que justement notre évolution a pour but et pour résultante l'intérêt général du public !

Si l'on veut venir faire avec nous une visite dans notre dispensaire dont je vous parlais au début, ce sera l'occasion d'y

voir les nouveaux services créés cette année. On pourra se rendre compte en même temps, en jetant un coup d'œil dans notre musée rétrospectif ou dans notre bibliothèque historique, de ce qu'était la dentisterie il y a un siècle, de ce qu'elle était il y a seulement vingt-cinq ans, et, en examinant celle qui se démontre aujourd'hui dans nos divers services, on pourra constater la différence considérable qui sépare l'une de l'autre et qui marque autant de progrès dus à nos écoles et au mouvement qu'elles ont créé.

Voilà ce que vous montrerait chacun de nos services, de chirurgie, d'anesthésie, de dentisterie opératoire ou de prothèse. Il vous montrerait aussi que cette dentisterie, que l'on a qualifiée de dentisterie de luxe, est à la disposition des pauvres, qui sont aussi bien soignés à notre dispensaire que les riches dans nos cabinets de ville, contrairement à ce qui se passe encore au point de vue dentaire dans les hôpitaux, si je dois en croire ce que j'ai entendu dire récemment par le chef d'un grand service public de Paris : « Nous, nous ne pouvons soigner dans notre clientèle hospitalière ni les caries dentaires du $3^{e}$ degré ni celles du $4^{e}$ et encore moins faire de la prothèse. » Or, comme les pauvres se dérangent rarement pour les caries du $1^{er}$ et du $2^{e}$ degré, qui ne les font pas souffrir suffisamment, c'est dire qu'on leur arrache à peu près toutes les dents dont ils se plaignent, comme on faisait du temps de Fauchard, il y a près de deux siècles !

Espérons que M. le Directeur de l'Assistance publique voudra bien, dans ses réformes, comprendre la création de services de traitement pour les caries du $3^{e}$ et du $4^{e}$ degré des pauvres et les faire profiter des progrès de la prothèse et de la dentisterie opératoire. Notre concours à titre désintéressé, s'il peut lui être utile, ne lui fera pas défaut.

Aussi bien, cela m'amène, pour terminer, à indiquer les réformes principales que nous souhaitons voir apporter à la situation qui nous est faite. Elles peuvent se résumer en trois souhaits que je recommande au bienveillant appui du doyen de la Faculté de médecine de Paris et au directeur

de l'Assistance publique, qui représentent parmi nous ce soir l'autorité supérieure.

Nous désirons :

1° L'application, dans leur lettre et dans leur esprit, de la loi de 1892 et de la décision du Parlement de 1894 reconnaissant l'École dentaire de Paris comme service auxiliaire annexe de la Faculté de médecine et de l'Assistance publique au point de vue de l'enseignement et de l'assistance odontologique avec ce que cela comporte, tout en lui laissant son autonomie administrative ;

2° Quelques réformes dans les décrets régissant les conditions d'enseignement, de stage, de durée des études pour les mettre en harmonie avec les progrès que nous avons réalisés depuis la loi de 1892 et les décrets complémentaires de 1893 ;

3° La réforme des examens, principalement du troisième au point de vue du programme, des épreuves, du lieu de l'examen et surtout des examinateurs, parmi lesquels jusqu'à présent je vois bien des médecins, mais pas encore des dentistes.

En nous aidant à réaliser ces réformes, non seulement vous donnerez une solution équitable à la question odonto-stomatologique et une récompense morale à tous les dévoués collaborateurs de l'œuvre, membres du corps enseignant et du conseil d'administration, mais encore vous encouragerez tous ces jeunes gens, dont nous fêtons ce soir les succès et l'entrée dans la vie professionnelle, à apporter, à leur tour, leur concours à l'évolution de notre œuvre, si utile, puisqu'elle a pour but l'allègement d'une des souffrances humaines. (*Applaudissements prolongés.*)

---

## DISCOURS DE M. MARTINIER,

Directeur de l'enseignement.

Monsieur le président,
Mesdames, Messieurs,
Chers élèves,

Ce n'est pas, je le déclare très nettement, sans un sentiment de reconnaissance et de légitime fierté, que j'ai accepté la mission que le Conseil d'administration m'a confiée ce soir, au double titre de directeur adjoint et de directeur de l'enseignement.

Il m'apparaît, en effet, que cette séance d'inauguration doit marquer une date dans l'histoire de l'enseignement dentaire français et dans l'histoire propre de notre école.

C'est que M. le doyen de la Faculté de médecine préside ce soir notre séance, et qu'il la préside non seulement en personnage officiel et de haute valeur scientifique, mais encore et surtout comme ami de notre maison, comme approbateur de notre œuvre.

Vous nous avez témoigné, monsieur le président, des sympathies profondes, et aujourd'hui, solennellement, vous venez à nous et vous inscrivez votre nom respecté et réputé à côté de ceux qui vous ont précédé à ce fauteuil. Nous considérons cela comme une récompense, un témoignage de haute estime.

Mais que de fois déjà, avec la discrétion qui vous caractérise, vous nous avez donné des marques d'encouragement, vous nous avez assurés de vos bonnes dispositions, et cela dans la loyale plénitude de votre franchise, malgré les préventions, malgré les jugements erronés avec lesquels on a parfois, auprès de vous, essayé de minorer notre effort ou d'amoindrir l'esprit qui l'a animé !

Pourquoi cet encouragement? Pourquoi ces bonnes dispositions? Pourquoi cette récompense ? Sans aucun doute parce que M. le professeur Debove connaît l'œuvre que nous avons entreprise il y a vingt-quatre ans, parce qu'il sait la

lourde tâche que bénévolement, volontairement, nous assumons depuis cette époque, parce qu'il a la preuve de notre labeur soutenu et incessant, qui n'a jamais fléchi et ne s'est jamais démenti.

Je ne saurais mieux faire pour vous donner idée de l'étendue de cette tâche, de sa complexité et de sa difficulté, que de vous exposer, non pas l'ensemble de notre programme et le fonctionnement de tout notre enseignement, — car ce serait abuser de votre attention, — mais simplement ce que nous avons réalisé dans cet enseignement pendant la dernière année scolaire et ce que nous voulons réaliser pendant la scolarité qui vient de s'ouvrir.

De cette façon, la tradition du rapport annuel sera respectée, et nous espérons pouvoir vous montrer suffisamment, monsieur le doyen, l'importance que nous attachons à la technique pure de notre art, la prudence qui nous guide dans nos améliorations et la règle immuable que nous observons : nous inspirer toujours des travaux les plus savants et les plus scientifiques.

Vous verrez ainsi que rien n'est livré au hasard, que nous procédons, suivant une habitude dont nous nous honorons, graduellement, méthodiquement et expérimentalement, ne poursuivant qu'un but et n'ayant qu'un idéal : celui de former des praticiens instruits, habiles, complets et irréprochables.

C'est là sans doute un thème aride de discours ; mais je sais trop l'importance que vous attachez, monsieur le doyen, aux choses de l'enseignement pour douter un instant de votre bienveillante et indulgente attention. Je la sollicite encore comme un exemple et un encouragement pour mon auditoire, car, avec votre aide, peut-être celles et ceux qui m'écoutent me pardonneront-ils l'austérité de mon verbe et l'obligatoire sécheresse de mon exposé.

Notre enseignement, comme vous ne l'ignorez pas, se divise en deux parties : enseignement scientifique et médical, enseignement technique.

Les modifications qui ont été apportées en 1902-1903 ou

qui vont l'être en 1903-1904 s'appliquent naturellement à ces deux parties. Toutefois, nos préoccupations ne se limitent pas seulement aux études régulières répondant aux examens de la Faculté, elles s'étendent encore à l'instruction préliminaire spéciale qui les précède et au cours de perfectionnement qui les suit.

La dextérité manuelle est une condition primordiale, indispensable pour l'exercice de notre profession. En attendant la réalisation du désir exprimé par M. Liard, recteur de l'Université de Paris, qui voudrait que l'enseignement manuel marchât de pair avec l'instruction, générale et puisque cette dextérité spéciale, cette habileté particulière, ne peut s'acquérir pédagogiquement en France que par exception, nous avons eu l'orgueilleux désir de combler la lacune. Et nous voulons habituer nos élèves, dès leur venue au milieu de nous, à ces manipulations qui leur sont étrangères quand ils arrivent, et qui doivent leur être familières lorsqu'ils nous quittent, sous peine pour eux de ne pas être d'habiles praticiens.

C'est, d'ailleurs, le meilleur moyen d'occuper utilement une année servant de transition entre la fin de leurs études classiques et le commencement de leurs études dentaires proprement dites, qu'à 16 ou 17 ans ils sont trop jeunes pour entreprendre.

A côté de cet enseignement manuel, nous avons en même temps créé de toutes pièces un enseignement préparatoire spécial, auquel nous consacrons maintenant la première année et qui constitue pour nous une sorte de P. C. N. dentaire.

Cet enseignement porte sur la physique, la mécanique, la chimie, la métallurgie, l'anatomie et la physiologie humaines et comparées, avec des exercices de dissection, les éléments de l'anatomie, de la pathologie, de la thérapeutique, de la prothèse dentaire et de la dentisterie opératoire (dessins, modelages, travaux sur l'appareil fantôme, sur le fer et sur le bois).

Il résulte de la création de notre enseignement prépara-

toire que l'étudiant de 1re année n'est pas admis à opérer sur le malade. Nous estimons, en effet, que les diverses opérations dont les patients ont besoin doivent d'abord être exécutées souvent et à plusieurs reprises sur un appareil schématique pour ainsi dire, afin que l'étudiant puisse agir plus tard avec l'expérience et la sûreté de main nécessaires. Une considération humanitaire nous faisait un devoir d'établir d'une façon absolue cette règle, dont nos élèves et les malades sont les bénéficiaires directs et immédiats.

Pour me résumer, je dis que tout l'enseignement pratique de la dentisterie opératoire en 1re année a lieu sur l'appareil fantôme, et qu'il est complété par un enseignement préparatoire à la prothèse, lequel ne comprend que des exercices préliminaires.

Laissez-moi, monsieur le doyen, vous signaler, en une mention particulière, le cours de dissection de cette année préparatoire.

Cette partie de l'enseignement a été organisée avec une exceptionnelle compétence par notre professeur, M. Julien, qui a su lui donner une direction et une impulsion auxquelles nous tenons à rendre un public hommage.

Jusque-là, conformément aux dispositions du décret du 31 décembre 1894, en vertu d'une convention avec l'Assistance publique, nos étudiants de 2e et de 3e année seulement exécutaient des travaux pratiques de dissection à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Ils commençaient donc brusquement une étude nouvelle pour eux, sans préparation aucune. C'est afin de les initier à cette étude et de leur permettre de mieux en recueillir les fruits que nous avons institué pour la 1re année un cours de dissection en trente-six leçons sur les systèmes squelettique et musculaire.

Ces travaux de dissection se font à l'école, sur différents animaux, dont la dissection totale permet d'acquérir des notions générales sur tous les systèmes anatomiques.

La réputation de ce cours n'a pas tardé à se répandre, au point de provoquer la visite de plusieurs des professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine, notamment

MM. Mathias-Duval, Poirier et Richet. Les félicitations qu'ils ont adressées à cette organisation nouvelle et originale sont de nature à nous inspirer quelque fierté.

Cette année préparatoire terminée, la 2e et 3e année, nos élèves se trouvent en présence de l'enseignement scientifique et médical, d'une part, et de l'enseignement technique, de l'autre.

Pour compléter le premier, malgré l'existence de notre clinique médicale à l'hôpital Boucicaut et de notre clinique chirurgicale à l'école, nous avons jugé utile d'ouvrir, au début de la scolarité 1902-1903, une clinique médicale à l'école même, pour permettre aux élèves de se familiariser avec les finesses du diagnostic médical, et surtout de se rendre compte par eux-mêmes, sur le malade, des notions de pathologie qui leur sont données : « A tour de rôle, nous dit le professeur qui en a la direction, M. le Dr Marie, ils doivent écrire l'observation du malade, l'interroger sur ses antécédents héréditaires et personnels.

« Lorsque les signes physiques que présente le sujet sont nets et de constatation facile, lorsqu'ils constituent des exemples types de ce que le livre a déjà appris, les élèves pratiquent eux-mêmes l'examen, la palpation, la percussion, l'auscultation du malade, sous la direction du professeur. »

En ce moment même nous organisons, pour les élèves de 3e année, un cours pratique d'histologie, corollaire indispensable de l'enseignement pratique de l'anatomie de 1re et de 2e année, qui fonctionne si bien maintenant.

Ce cours sera placé sous la direction de M. Launois, le distingué professeur agrégé de la Faculté, dont les conseils précieux et éclairés contribuent si puissamment depuis longtemps déjà à l'organisation de notre enseignement médical. Un nouveau laboratoire, spécialement construit et aménagé sur ses indications, sera consacré à ces travaux pratiques.

Le nom seul de M. Launois est pour nous une garantie de la valeur scientifique et pratique de ce nouvel enseignement et il vous prouve, monsieur le doyen, combien nous

avons souci de confier l'instruction de nos étudiants à des hommes d'une valeur indiscutable et éprouvée.

Le même local servira pour les travaux pratiques de bactériologie. De cette manière nous aurons réuni dans un même laboratoire les études qui comportent l'emploi du microscope.

Une autre mesure, plus simple en apparence, mais dont la portée ne saurait vous échapper, c'est l'établissement et l'impression des programmes détaillés en trente leçons de tous nos cours théoriques et pratiques, qu'il nous est aisé maintenant de mettre en harmonie parfaite avec les questions posées aux examens de la Faculté, en y apportant les modifications dont l'expérience nous prouvera l'utilité, et que les interrogations officielles et probatoires nous montreront nécessaires. Voilà pour le domaine médical, et vous le voyez, monsieur le doyen, nous voulons de plus en plus donner à cette partie de notre enseignement la place légitime à laquelle elle a droit.

Dans le domaine technique notre activité n'est pas restée en arrière, bien au contraire. En dehors de l'enseignement préparatoire dont je vous ai parlé tout à l'heure, nous avons organisé complètement les études de la 4e année, destinée à perfectionner l'éducation professionnelle et réservée aux étudiants pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste. Les trois années réglementaires étant surchargées par l'étude simultanée de la partie médicale et scientifique et de la partie technique, il devenait urgent de donner aux jeunes diplômés les moyens d'approfondir les procédés multiples et délicats de notre art. Le nombre des étudiants qui sont inscrits est déjà considérable, ce qui fournit une preuve que cette création répond à un véritable besoin.

Nous avons en cette matière la satisfaction d'être des novateurs, des précurseurs, et d'avoir devancé les Américains qui, malgré leur initiative toujours en éveil, malgré des ressources financières incomparablement supérieures aux nôtres, n'organiseront cet enseignement qu'en 1906.

Cette création rencontre le meilleur accueil dans le

monde professionnel français ; elle nous a valu dès maintenant le bienveillant appui d'un généreux donateur, M. Platschick, qui offre, après concours, à l'un des élèves ayant fait les trois premières années d'études à l'École dentaire de Paris les ressources nécessaires pour y rester une 4e année. Puisse son exemple devenir contagieux! (*Applaudissements.*)

Pour mettre en mouvement ce mécanisme compliqué et assurer le perfectionnement régulier de tous ses rouages, nous avons placé aux côtés du directeur de l'enseignement deux sous-directeurs : l'un pour la partie scientifique et médicale, M. le Dr Roy, l'autre pour la partie technique, M. Bonnard.

Nous avons, de plus, mis à la tête de chacune des branches de la partie technique des chefs de service responsables, qui doivent consacrer à l'école plus de temps que les autres professeurs et qui ont mission d'assurer l'unité dans l'enseignement, afin de lui faire produire tous ses effets.

C'est ainsi que notre infatigable directeur, M. Godon, s'est chargé de l'enseignement préparatoire de 1re année, qu'il a créé et organisé ; que M. Richard-Chauvin a été chargé de la dentisterie opératoire en 4e année et M. Lemerle en 2e et 3e année, M. Bonnard de la clinique de chirurgie dentaire, M. le Dr Friteau de la clinique d'anesthésie, M. Viau de la clinique de prothèse, en 1re et 2e année et celui qui a l'honneur de vous parler, de cette clinique en 3e et 4e année.

L'enseignement pratique au laboratoire de prothèse a été également l'objet de notre sollicitude. Tous les praticiens savent combien cet enseignement est difficile, combien il exige d'attention et de dévouement de la part de celui qui le dirige. Fort heureusement nous avons trouvé en M. Delair un prothésiste éminent, ingénieux et un professeur dévoué. (*Applaudissements.*)

Chacun sait que M. Delair a créé, imaginé une prothèse restauratrice toute personnelle, qui a provoqué l'admiration de tous nos confrères et des chirurgiens des hôpitaux de

Paris. En effet, dans le service du Dr Sebileau, notre professeur titulaire de pathologie externe à cette école, M. Delair a fait d'admirables travaux de réparation et de restauration. D'autres chirurgiens ont eu recours à ses lumières. L'école a eu le bonheur de se l'attacher, et ce collaborateur zélé a bien voulu assumer la tâche ingrate de cet enseignement tous les après-midi. (*Applaudissements.*)

De leur côté, nos cliniques de prothèse ont reçu tous nos soins, et nous en avons porté le nombre à six par semaine.

Ces créations et ces transformations dans l'enseignement n'ont pas été seules : elles ont marché de pair avec les créations et les améliorations qu'ont permises nos constructions récentes.

Grâce aux agrandissements considérables qui dotent nos immeubles de vastes bâtiments nouveaux, nos services sont placés maintenant dans des conditions bien plus avantageuses pour les professeurs et les élèves.

La grande salle qui vient d'être construite est réservée par moitié à l'enseignement préparatoire de 1re année et de 4e année.

La magnifique galerie qui la surmonte est destinée au laboratoire d'histologie et de bactériologie.

Les cliniques de chirurgie, d'anesthésie et de stomatologie, aménagées dans un bâtiment latéral, disposent d'une salle spéciale d'opérations, d'un cabinet de consultations, d'une salle de repos pour les malades anesthésiés et d'une salle spécialement affectée à la stérilisation des instruments. Enfin, le local de la clinique de prothèse est agrandi de l'espace occupé par l'ancienne salle de chirurgie, où est installé convenablement le service de radiologie.

C'est avec les dispositions générales que je viens de vous exposer que fonctionnent maintenant nos cinq cours théoriques du matin, nos trente-cinq cours théoriques de l'après-midi, nos quatorze cliniques du matin, scolaires ou hospitalières, notre cours préparatoire pratique du matin, et nos huit cours pratiques de l'après-midi, soit au total soixante-trois cours hebdomadaires, confiés à un personnel de soixante-

huit professeurs, professeurs suppléants, chefs de travaux pratiques, chefs de clinique, démonstrateurs, assistants et préparateurs.

Ce chiffre de soixante-trois cours ne doit pas, monsieur le doyen, laisser que de vous surprendre, peut-être même de vous effrayer. Et cependant vous avez vu combien ces cours sont nécessaires pour assurer l'unité synthétique de notre enseignement.

Me permettez-vous d'y ajouter une considération et de vous faire remarquer combien il eût été difficile, impossible même, d'annexer purement et simplement à l'enseignement médical l'enseignement d'une profession comme la nôtre, qui emprunte à la fois aux sciences, aux arts, et même aux corps de métier plusieurs de leurs éléments ?

Ceci vous montre en même temps la quantité de matières qu'embrasse notre programme et la variété d'éléments que doit comprendre notre personnel enseignant. Mais nous considérons précisément ce grand nombre de cours, cette multiplicité de matières, cette diversité dans notre corps enseignant comme indispensables pour former des dentistes capables de satisfaire à tous les besoins du public, instruits dans toutes les branches de notre art et possédant les connaissances scientifiques et médicales nécessaires pour exercer notre profession avec honneur et compétence.

Ces connaissances scientifiques et médicales, nos élèves auront toujours le loisir de les étendre plus tard aussi loin qu'ils le désireront, mais elles devront avoir pour base ce que nous considérons comme essentiel : *l'habileté manuelle*, principe fondamental et inéluctable de notre profession, habileté qui ne peut être acquise que de très bonne heure, au début des études dentaires, plus tôt même si cela est possible.

Ce parallélisme de l'enseignement médical et de l'enseignement technique n'est pas particulier à l'École dentaire de Paris ; il est admis par les esprits les plus avancés en odontologie, les Américains notamment ; il consiste à faire

commencer les études techniques ou spéciales aussitôt que l'élève se prépare à la profession, lorsqu'il possède encore la souplesse, j'allais dire la docilité musculaire voulue.

Cette idée n'est pas nouvelle dans notre milieu : elle a été émise vers 1879 par ceux qui fondèrent cette école, et c'est pour nous une grande satisfaction que de la voir appelée à recueillir les suffrages de tous ceux qui s'occupent d'enseignement dentaire dans le monde entier. Nous sommes convaincus, à l'École dentaire de Paris, que c'est la réalisation seule de cette conception qui nous donnera le dentiste idéal que nous cherchons à créer.

Rien ne nous distraira de notre but et nous emploierons à l'atteindre toute notre énergie et toute notre vigueur. L'avenir vaut la peine qu'on le prépare meilleur à ceux qui nous suivront.

C'est le but véritablement noble et élevé de l'existence, que de consacrer une partie de son temps et un peu de son esprit et de son cœur à rendre la vie plus heureuse aux travailleurs de demain. Car ici, dans notre maison, monsieur le doyen, c'est l'esprit de solidarité, de mutualisme qui domine et cet esprit imprègne tous ceux qui y vivent, maîtres et élèves.

Aussi bien tous, ce soir, éprouvent-ils une joie profonde, car ils sentent bien, encore une fois, que c'est à l'effort laborieux et incessant de leurs aînés que votre présence ici rend hommage et justice.

Et ne voyez pas dans mes paroles un remerciement banal, une réthorique vague, qui m'inspire de stériles actions de grâce. Non, monsieur le président, sachez seulement que nous sommes heureux, que du fond de notre cœur nous sommes fiers de votre présence, parce que l'École dentaire de Paris, œuvre d'initiative privée, se sent aidée, soutenue, approuvée, encouragée par M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris. (*Applaudissements répétés.*)

---

# PALMARÈS

### ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903

## 3e année.

Élèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et auxquels le diplôme de fin d'études est accordé.

Maximum des points : 414. — Minimum : 240.

| *Session supplém.* 1901-02. | Points. |
|---|---|
| Mlle Lesourd... | 318 1/2 |
| MM. Prat...... | 318 |
| Soalhat... | 292 1/2 |
| Mirmande. | 277 1/4 |
| Cordelier. | 249 1/2 |

| *Session de uillet* 1902-03. | Points. |
|---|---|
| MM. Darcissac. | 398 1/4 |
| Duvignau.. | 384 1/2 |
| Knodler .. | 374 1/2 |
| Duncombe... | 365 3/4 |
| Bigaignon. | 357 1/4 |
| Rozenberg. | 351 |
| Dähler.... / Mlle Wheeler .. | 350 1/4 |
| MM. Boudy.... | 339 1/2 |
| Quennet... | 336 3/4 |
| Boileau... | 335 1/4 |
| Guichard.. | 331 1/4 |
| Grosso.... | 330 1/2 |
| Noblet.... | 320 1/2 |
| Renhold .. | 315 |
| Ladoux ... | 310 |
| Morineau . | 306 3/4 |
| Cordier... | 305 3/4 |
| Weber.... | 303 1/2 |
| Khodoss.. | 302 1/2 |
| Scialom... | 302 1/4 |
| Paillet.... | 301 1/2 |
| Ferrand... | 298 |
| Courtil.... / Pézieux... | 292 1/2 |
| Barré..... / Wahl..... | 295 1/4 |
| Duclos, Maur. | 294 |
| Poix...... | 291 3/4 |
| Rousset... | 291 |
| Vertadier, H. | 290 3/4 |
| Dalbéra .. | 290 1/2 |
| Marchand. | 288 3/4 |
| Clérisse... | 287 3/4 |
| Thomas... | 258 3/4 |
| Avezou.... | 247 3/4 |
| Bret...... | 241 |

| *Session d'octobre* 1902-03. | Points. |
|---|---|
| Mlle Duvert.... | 334 1/2 |
| M. Levadour. | 302 1/4 |
| Mlle Hervo, Alph.. | 301 1/2 |
| MM. Girardin... | 289 |
| Ratoré.... | 288 3/4 |
| Chesne.... / Jolly, André. | 286 1/2 |
| Jolly, Paul. | 285 3/4 |
| Forestier.. | 281 |
| Bécavin... | 279 1/2 |
| Lohier.... | 266 1/4 |
| Dutourd .. | 263 1/2 |
| Barrier ... | 255 1/4 |
| Girod..... | 254 3/4 |

## 4e année.

Élèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et auxquels est accordé le diplôme de la 4e année d'études à l'Ecole dentaire de Paris.

Maximum des points : 84. — Minimum : 56.

MM. Gastal, de Pelotas (Brésil)........................ 79
Beheit, de Damas (Syrie)........................ 67 1/2

## 2e année.

*Session supplémentaire* 1901-02.

| | Points. |
|---|---|
| MM. Guichard | 218 3/4 |
| Noblet | 216 3/4 |
| Scialom | 216 1/2 |
| Jolly, Paul | 216 1/4 |
| Girod | 211 3/4 |
| Dutourd | 210 1/2 |
| Cordier | 210 1/4 |
| Ratoré | 201 |
| Mlle Hervo, Alphonsine | 197 3/4 |
| MM. Avezou | 194 3/4 |
| Joly, André | 194 |
| Vertadier, Hipp | 193 3/4 |
| Bécavin | 189 |
| Barrier | 182 3/4 |
| Poix | 182 1/4 |
| Fié | 156 |
| Ehrenpreis | 143 1/2 |
| Lignières | 137 |
| Plantecoste | 129 1/2 |
| Molino | 127 |
| Pillière | 123 1/2 |
| Vialettes | 120 |
| D'Argent | 115 1/2 |
| Chemelle | 111 |
| Orbecchi, Decourteix | 110 1/2 |

*Session de juillet* 1902-03.

Maximum des points : 354. — Minimum : 192.

| | Points. |
|---|---|
| MM. Schlax | 327 1/2 |
| Duz | 300 3/4 |
| Mlles Hervo | 300 |
| Roussez | 299 3/4 |
| Dulché | 294 1/2 |
| MM. Erhenpreis | 282 1/2 |
| Pertuis | 265 1/2 |
| Richard-Chauvin | 264 1/2 |
| De Lemos | 264 1/4 |
| Reydellet | 262 1/2 |
| Moulin | 259 1/2 |
| Tacail | 245 1/2 |
| Villain | 240 3/4 |
| Bourrelier | 237 1/2 |

## 1re année.

*Session de juillet* 1902-03.

Maximum des points : 276. — Minimum : 150.

| | Points. |
|---|---|
| MM. Pailliottin | 257 3/4 |
| Frinault | 252 |
| Mlle Bloch | 251 |
| MM. Letierce | 245 |
| Bruschera | 243 3/4 |
| Mlles Weil | 242 1/2 |
| Monin | 239 1/4 |
| Cordonnéry, P. | 237 1/4 |
| Cordonnéry, R. | 234 1/4 |
| Leroy | 231 1/4 |
| MM. Darcissac | 228 3/4 |
| Gatin | 227 3/4 |
| Couturier | 220 3/4 |
| Machetou | 220 1/2 |
| Weil, Henri | 220 |
| Audry | 213 |
| MM. Martine | 215 1/2 |
| Chenivesse | 211 3/4 |
| Levêque | 211 1/2 |
| De Flaugergues, Feuvrier | 211 |
| Zha | 205 3/4 |
| Wielhorsky | 203 3/4 |
| Georget | 203 1/4 |
| Mlle Ricatte | 202 |
| MM. Aye, Bourdeau | 196 1/4 |
| Viau | 194 1/2 |
| Pichat | 192 3/4 |
| Valensi | 192 1/4 |
| Cossoul | 187 1/4 |
| Vialettes, A. | 186 1/2 |
| Mlle Duvivier | 183 3/4 |

RÉCOMPENSES

## 3e année.

1er. M. DARCISSAC. — **Prix d'excellence.**

**Prix d'épreuves pratiques.**

**Prix de clinique.**

A ces trois prix sont attribués :

Une médaille de vermeil offerte par le Ministre du Commerce.
Une médaille de vermeil offerte par l'Ecole.
Une machine à fraiser offerte par la maison Ash et fils.
Un guéridon aseptique offert par la maison Deglain.
1 volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

2e. M. Duvignau. — **2e Prix d'excellence.**
Une médaille d'argent offerte par l'Ecole.
Un vulcanisateur offert par la maison Wirth.

3e. M. Knolder. — **3e Prix d'excellence.**
Une médaille de bronze offerte par l'Ecole.
Une trousse et 12 daviers offerts par la Société française de fournitures dentaires.

4e. M. Duncombe. — **1re Mention honorable.**
1 coryleur offert par la maison Buchet et Cie.

5e. M. Bigaignon. — **2e Mention honorable.**

6e. M. Rozenberg. — **3e Mention honorable.**

M. Quennet. — **Prix de prothèse.**
Un bon de 100 fr. d'instruments offert par l'Association générale des dentistes de France.

**2e année.**

1er. M. Schlax. — **Prix d'excellence.**
**Prix d'épreuves pratiques.**
A ces deux prix sont attribués :
Une trousse et 10 daviers offerts par la maison Vve Simon et la fondation Lecaudey.

M. Duz. — **Prix de clinique.**
1 volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

**1re année.**

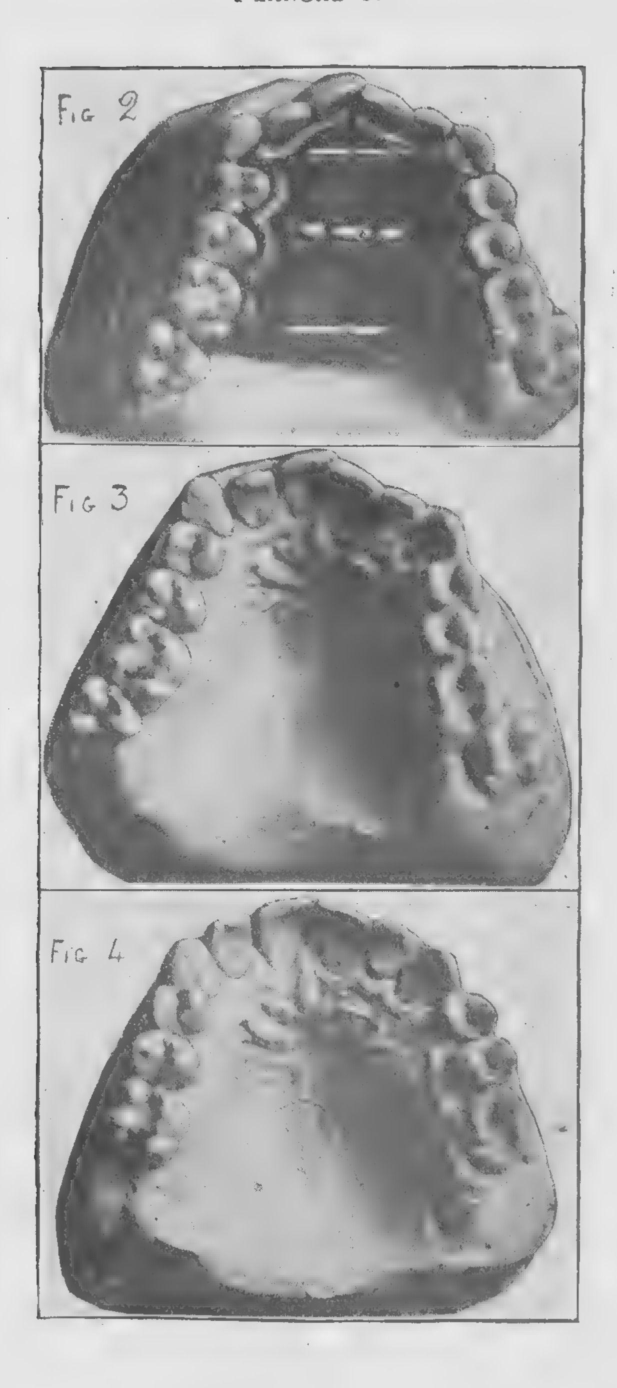
1er. M. Pailliottin. — **Prix d'excellence.**
**Prix d'épreuves pratiques.**
A ces deux prix sont attribués :
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la Société coopérative.
Un maillet automatique avec pointes offert par M. Audy.

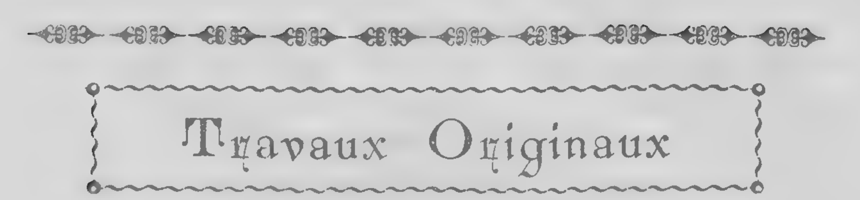
2e. M. Vielhorski. — **Prix de clinique.**
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

PLANCHE I.






## CONTRIBUTION A L'ORTHOPÉDIE DES MAXILLAIRES

### L'ORTHODONTIE LIÉE A L'ORTHOPÉDIE DES MAXILLAIRES. CORRECTION DE L'ATRÉSIE BUCCO-NASALE.

Par M. D'ARGENT,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

*(Communication au Congrès d'Angers et à la Société d'Odontologie de Paris.)*

La série d'opérations ou de manœuvres orthopédiques, tendant à rectifier les rapports et la conformation des mâchoires, ainsi que les dents frappées d'anomalies de disposition, est encore généralement désignée et surtout connue du public sous la dénomination de *redressement des dents*.

Cela provient de ce que l'on confond volontiers, pour plus de simplicité ou par manque de distinction, les incorrections des maxillaires et celles des dents ; cela tient surtout à ce que ce sont ces dernières qui se remarquent le plus et que c'est à l'intervention du dentiste qu'on a recours pour remédier à ces irrégularités.

Cette confusion n'existe heureusement plus dans l'esprit des praticiens, et nos auteurs contemporains ont su établir un classement judicieux entre les différents cas et entre les divers modes de traitement. Le traité le plus jeune en date est celui de notre très compétent collègue Martinier, qui en est à sa deuxième édition et peut être considéré comme un document très complet, mis au point avec ordre et méthode. Il serait à désirer qu'un plus grand nombre de dentistes, que tous les dentistes, s'inspirassent des méthodes contenues dans cet ouvrage, pour se livrer à ces importantes opérations qui tendent à corriger les anomalies des maxillaires et les irrégularités de position des dents. La bonne renommée

de l'orthopédie dentaire y gagnerait, et il ne faut pas nous dissimuler que les sceptiques sont encore nombreux, dans le public, et même parmi nos confrères, en matière de redressement. Beaucoup de praticiens, en effet, se sont heurtés à des difficultés réelles, non seulement pour procéder à l'arrangement des dents déviées, mais aussi, et surtout, pour conserver, dans l'avenir, les résultats acquis. Et les familles où les insuccès se sont produits en ont le souvenir constant, sont plus qu'hésitantes à recourir au redressement pour d'autres enfants mal partagés, et portent le découragement et l'incrédulité parmi leurs connaissances ou dans leurs relations.

Ce fâcheux état de choses est la conséquence, en grande partie, de la confusion faite, par un trop grand nombre de praticiens, entre l'orthopédie dentaire et l'orthopédie des maxillaires ; il provient aussi de ce qu'ils ne distinguent pas les anomalies des maxillaires liées aux anomalies dentaires de ces dernières seules et en général de ce que l'on n'agit que sur l'effet sans supprimer la cause, au lieu de modifier la cause avant ou pendant qu'on rectifie l'effet.

Il en résulte que la plupart des redressements sont tentés directement, en un seul temps, alors que bon nombre devraient être exécutés en deux et quelquefois en trois temps.

Ainsi, dans la majorité des cas de prognathisme, le premier temps doit consister à rehausser l'articulation, et dans un grand nombre d'autres exemples d'antéversion, de rétroversion, de latéroversion, de rotation sur l'axe, c'est par l'élargissement de l'arcade dentaire qu'il faudrait commencer.

Vouloir, dans ces cas, régulariser d'emblée la position des dents, c'est se livrer à un travail difficile et le plus souvent inutile, puisque, la cause n'étant pas supprimée, le retour au type primitif est presque fatal, et le résultat en tout cas imparfait. L'objet de notre travail est d'apporter une modeste contribution à cette première phase si importante dans l'orthodontie : l'expansion des maxillaires.

L'extension des maxillaires a pour but de remédier à l'étroitesse ou à l'atrésie des mâchoires.

L'atrésie peut exister à tous les degrés depuis la forme la

plus simple, s'éloignant fort peu du type normal, jusqu'à la plus complète, entraînant un rétrécissement considérable des cavités buccale et nasale.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les considérations qui militent en faveur de la préférence à donner à la méthode du redressement des dents lié à l'expansion des maxillaires ; cette méthode tombe sous le sens, et elle a déjà provoqué des discussions et des publications aussi nombreuses qu'intéressantes et surtout probantes, et nous vous demanderons d'étendre un peu le débat et d'envisager plus particulièrement un cas spécial, mais assez fréquent. Chacun de nous, en effet, est souvent mis en présence de jeunes enfants ou d'adolescents présentant un habitus extérieur qui nous est connu. L'enfant est faible de constitution et peu développé, il est pâle, maigre, triste, inquiet et s'essouffle facilement ; il nasonne, chante mal, est apathique, peu éveillé ; mais ce qui, surtout, attire notre attention, c'est son facies et l'état de sa bouche. Les joues sont amincies, creuses ; la face est anguleuse, le nez est petit et ses orifices, souvent bordés de mucosités séchées, sont rétrécis ; la lèvre supérieure est plus ou moins portée en avant par les incisives, qui se réunissent sur la ligne médiane en formant un angle aigu. Si la cavité buccale est ouverte, les arcades dentaires apparaissent très étroites, en ogive plus ou moins accentuée, et la voûte palatine présente une élévation anormale, également ogivale ou comme enfoncée d'un coup de pouce. Cette disposition de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et de la lame horizontale du palatin crée une protubérance correspondante sur le plancher des fosses nasales et diminue d'autant la capacité du méat inférieur, et si nous ajoutons que les apophyses montantes des maxillaires supérieurs sont plus rapprochées, entraînant les cornets moyens et inférieurs près de la cloison médiane, nous nous rendrons compte du rétrécissement de la cavité nasale chez les sujets frappés de cette anomalie.

Des symptômes fonctionnels et physiques se manifestent de bonne heure, et ceux-ci s'accentuent encore, si, comme il

arrive le plus souvent, il se produit des végétations ou des tumeurs adénoïdes.

Le conduit naso-pharyngien répond, en effet, aux deux fonctions de la respiration et de la phonation, et son rétrécissement ou son obstruction, même partielle, doivent en entraver l'accomplissement. Par suite de cette obstruction, la respiration nasale étant incomplète, le malade y supplée par une respiration buccale proportionnelle, qui, n'étant pas physiologique, peut produire des désordres.

A l'état normal, la respiration nasale a pour mission d'élever la température de l'air inspiré et de le saturer de vapeur d'eau; de plus, le passage de l'air à travers les méandres et les nombreux replis de cette cavité a pour conséquence de le débarrasser de toutes les impuretés qu'il peut contenir (poussières, débris organiques, etc.), mais une fois cette respiration nasale supprimée ou rendue très imparfaite, la respiration buccale expose le petit malade à tous les inconvénients d'un air froid, sec, impur.

La cavité nasale privée de son rôle physiologique peut devenir le siège de rhinites chroniques, bientôt accompagnées d'hyperplasies ou de néoplasies adénoïdes, envahissant l'orifice naso-pharyngien et se propageant surtout dans le méat inférieur, qui est quelquefois totalement obstrué.

Des maladies graves guettent ces enfants, qui sont des candidats à la diphtérie, à la bronchite, à la tuberculose, — vu leur chétivité — et qui deviennent un déchet social par leur inaptitude aux travaux intellectuels, aux professions manuelles et même à la défense nationale.

Mais il n'entre pas dans le cadre de cette communication de retracer le tableau clinique qui peut résulter d'une pareille situation, et nous pensons que notre court exposé expliquera suffisamment l'apparence chétive et maladive de ces déshérités et justifiera les efforts tentés pour y porter remède.

Ajoutons cependant, à l'encontre de ce qui a déjà été exprimé, que nous pensons que l'atrésie des maxillaires supérieurs, du reste congénitale, nous paraît être la cause pri-

mordiale de tous les désordres qui se produisent dans la région nasale, au lieu d'en être la conséquence ; mais que les productions adénoïdes qui surviennent peuvent influer à leur tour sur cette malformation pour l'accentuer, par des pressions latérales de chaque côté de la cloison médiane, dans le méat inférieur, et accroître l'ogivalité de la voûte palatine.

Les appareils imaginés et préconisés pour corriger cette grave malformation des maxillaires procèdent presque tous du même principe.

Ils sont formés d'une plaque en caoutchouc durci ou en métal, moulée sur la voûte palatine et partagée en deux longitudinalement. Ces deux segments sont réunis soit par des ressorts (tels les appareils de Coffin (1881), de Talbot, de Cecconi, etc.), soit par des tiges parallèles glissant à frottement doux dans des fourreaux appropriés, sous l'impulsion de fils enroulés autour des tiges (Francis Jean) ; soit par une double vis de Jack placée au point où doit être produit l'effort principal (tel est l'appareil de Kingsley). Si nous passons sous silence le travail publié par M. Robin sur cette question, c'est que les appareils qu'il préconise et dont nous ne connaissons qu'une description un peu confuse nous paraissent relever de la théorie plutôt que de la pratique. Nous constaterons, toutefois, qu'ils procédent du principe de l'appareil de Kingsley, que nous trouvons excellent.

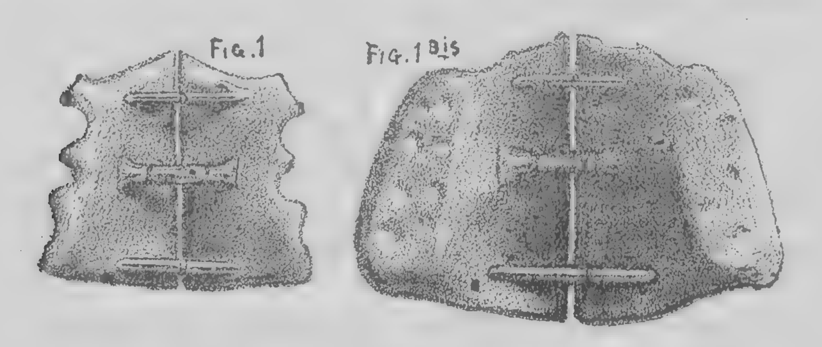
Ayant successivement fait appel à tous ces systèmes, depuis plusieurs années, c'est, en définitive, à l'appareil de Kingsley que nous avons donné la préférence, parce qu'il nous a paru posséder la plus grande précision dans la graduation ou dans l'arrêt de l'effort. Sa construction est simple, facile, rapide et peu coûteuse.

Mais, si son principe est excellent, sa combinaison laisse pourtant à désirer, et nous n'avons pas tardé à nous en apercevoir.

Réunies par une double vis de Jack, sans autre soutien, les deux valves ne sont parfaitement rigides qu'au début,

lorsque les vis sont totalement engagées dans les écrous, et elles acquièrent une mobilité de plus en plus grande, au fur et à mesure de la sortie des vis. Cette mobilité elle-même fatigue le filet des vis, qui se disloquent tellement que les enfants peuvent les mettre en mouvement avec la langue, naturellement dans le sens qui diminue la pression. Ce résultat se produit encore bien plus tôt lorsque le mécanicien, sous prétexte de livrer un travail bien fini, a soigneusement poli au tour la vis avec ses filets. C'est pour remédier à cet état de choses que nous avons apporté à l'appareil de Kingsley des modifications qui en ont fait, à notre sens, un engin aussi parfait qu'il est possible pour obtenir l'extension du maxillaire supérieur.

Ces modifications, reproduites dans le dernier traité de clinique de prothèse de Martinier, ont pour but d'augmenter l'étendue et la puissance de son action et même d'exagérer à volonté la force agissante soit à la partie antérieure de la plaque, soit à la partie postérieure (fig. 1 et 1 *bis*).




Notre nouveau dispositif permet, en outre, de se servir plus longtemps du même appareil, qui conserve toute son action et toute sa rigidité pendant toute la course de la vis de Jack. Cette rigidité supprime complètement les oscillations de l'appareil et, par suite, l'usure des filets de la vis, qui peut être employée jusqu'au bout sans se dérégler et qui résiste aux sollicitations de la langue. L'appareil peut même servir temporairement à la contention des résultats acquis.

Notre modification consiste dans l'adjonction à la vis

d'extension de deux coulisseaux parallèles à la vis. Ces coulisseaux sont composés d'un tube cylindrique et d'une tige à frottement lisse, plus ou moins serré, suivant l'effet à obtenir. Le tube a ses extrémités partagées en trois ou quatre segments, recourbés en dehors et insérés dans le caoutchouc. Lorsqu'on partage l'appareil en deux, le trait de scie divise également en deux les deux tubes, et l'on insère ensuite les tiges dans ces derniers.

Si l'on veut obtenir un écartement plus accentué à l'avant qu'à l'arrière, ou réciproquement, on n'emploie qu'un seul coulisseau, à tige plus ou moins libre, susceptible même de se courber, et qu'on place à l'endroit qui ne doit être que peu dilaté et où il joue, en quelque sorte, le rôle de charnière, le vérin étant fixé dans l'axe de la partie qui doit être la plus élargie.

Permettez-nous, à présent que nous nous croyons pourvu d'un appareil fort, rigide, indéréglable, d'examiner ce qui se passe lorsque les deux ailes de cet appareil s'éloignent l'une de l'autre, sous l'influence de la pression de la vis convenablement actionnée.

Dans leurs grandes lignes, les résultats sont les suivants : toute la masse des maxillaires supérieurs subit lentement un déplacement latéral, qui se fait même sentir au niveau de l'apophyse zygomatique, et dont l'importance atteint son maximum au point d'application de la force agissante, pour décroître et finalement s'éteindre, au fur et à mesure qu'on s'en éloigne. Ce déplacement a certainement un retentissement sur les os voisins auxquels les maxillaires supérieurs sont suturés.

De plus, et le phénomène a été constaté et signalé par les différents auteurs qui se sont occupés de la question, l'apophyse palatine et la lame horizontale de l'os palatin sont l'objet d'un léger abaissement. Il en résulte que la capacité de la cavité nasale augmente dans deux sens, la hauteur et la largeur.

Maintenant serrons la question de plus près et suivons l'action progressive de l'appareil en tension.

Nous avons une voûte palatine en ogive, sur laquelle une solide base en caoutchouc durci a été étroitement moulée, depuis le sommet jusqu'au bord alvéolaire. Si nous exerçons simultanément une double poussée latérale, ou bien elle tendra à écarter l'une de l'autre les apophyses palatines des maxillaires supérieurs et les lames horizontales des palatins et à rompre la suture médiane, ou bien la suture cédera lentement par production de tissu nouveau.

Le premier cas serait désastreux et le second aurait pour résultat d'accentuer le rétrécissement des méats inférieurs.

Mais soyons sans inquiétude : dans la pratique la suture résiste parfaitement et c'est l'appareil, dont la rétention cède le pas à l'effort de la vis, qui glisse et s'abaisse légèrement. Cette déviation minime est inaperçue, quoique appréciable au niveau des dents.

Dès lors, la pression n'est plus complète au sommet de la voûte et elle s'exerce surtout sur ses parties latérales.

Toutefois, la résistance sera encore plus ou moins grande ; et elle retardera les résultats si elle n'y met un complet obstacle.

Il nous a paru paradoxal que l'on emploie, pour favoriser l'abaissement du plancher nasal, un appareil construit comme s'il devait au contraire lui servir de soutien et lui éviter toute dépression ; et nous avons modifié notre appareil de telle sorte qu'il favorise cet abaissement, au lieu de lui résister.

Nous avons, en conséquence, supprimé tout contact avec le sommet de la voûte palatine, en confectionnant l'appareil sur un modèle en plâtre dont cette région a subi, par une addition de stéarine, une rectification de courbure convenable. (fig. 2.)

Avec notre appareil à voûte abaissée, l'écartement latéral est plus rapide, par suite de la suppression de certaines résistances, et il est quelquefois si actif qu'une malade, âgée de 14 ans, accusait, au bout de quinze jours, une sensation douloureuse sur toute l'étendue du sommet palatin, au pourtour de l'os nasal et jusque vers l'apophyse zygomatique.

Le but de cette communication est donc de vous montrer notre nouvel appareil extenseur, susceptible en outre de favoriser l'abaissement de la voûte palatine, et quelques résultats acquis. (fig. 3 et 4.)

Bien que les deux opérations aient des liens étroits et soient même souvent inséparables, nous n'aborderons pas la question d'élargissement du maxillaire inférieur, ce qui nous entraînerait au delà des limites de temps accordées pour une communication.




Disons cependant que nous avons également construit, pour élargir le maxillaire inférieur, des appareils à action et à rigidité obtenues à l'aide des vis de Jack et de coulisseaux. (fig. 5 et 6.) Nous avons l'honneur de vous en soumettre deux spécimens, pour prendre date, en vous promettant une communication sur ce sujet à une prochaine séance.

*(Voir la suite page 572.)*

# L'ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE DE L'ÉTUDIANT EN CHIRURGIE DENTAIRE CONSIDÉRÉ COMME PREMIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES DANS LES ÉCOLES DENTAIRES.

Par M. le Dr Godon.

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

## *Avant-propos.*

Je remercie notre sympathique président et les membres du bureau de l'honneur qu'ils m'ont fait en plaçant cette communication sur l'enseignement dentaire en tête de l'ordre du jour de notre *Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.*

Je m'en félicite, comme directeur de l'École dentaire de Paris, parce que cela montre que vous appréciez les efforts que fait notre École pour rester constamment à l'avant-garde du progrès ; je m'en félicite aussi comme chirurgien-dentiste parce que cela prouve que l'enseignement de notre profession reste pour vous une préoccupation principale dans ces *réunions nationales annuelles des odontologistes français.* Je vous prie pourtant de m'excuser de revenir encore une fois sur cette question de l'enseignement préliminaire et préparatoire de l'étudiant en chirurgie dentaire dont j'ai fait depuis quelques années le sujet de mes communications ; mais nous sommes dans une période très active d'évolution où les idées nouvelles et les progrès se succèdent avec rapidité, aussi bien dans l'enseignement en général que dans l'enseignement dentaire en particulier. Naturellement les unes se lient aux autres de telle sorte qu'elles amènent des conceptions et des applications nouvelles, qu'il me semble chaque fois nécessaire de faire connaître dans nos réunions professionnelles afin de les soumettre à la discussion publique de ceux qui, comme vous, sont les premiers intéressés soit comme chirurgiens-dentistes, soit même comme pères de familles.

*
* *

## Le P. C. N. dentaire.

Tous ceux qui s'occupent d'enseignement dentaire ont été amenés à reconnaître qu'il y aurait avantage à augmenter d'une manière spéciale, en même temps que l'habileté manuelle, les connaissances

scientifiques préliminaires que l'étudiant en chirurgie dentaire doit posséder en physique, en chimie, en histoire naturelle ; à systématiser en un mot, l'enseignement préparatoire du chirurgien-dentiste.

Le certificat d'études dit P. C. N. (physique, chimie, histoire naturelle), institué en France dans les Facultés des Sciences pour les étudiants en médecine, nous avait semblé de nature à donner satisfaction à ce desideratum, d'autant plus que le certificat d'études primaires supérieures permet l'admission aux études du P. C. N., comme nous l'indiquions dans une communication précédente [1].

Mais le programme de cet enseignement est très scientifique, par ce qu'il prépare également à la licence ès-sciences ; par suite il n'est pas assez spécial, même pour les étudiants en médecine, dit-on ; de plus il y manque les travaux pratiques techniques reconnus nécessaires pour l'étudiant en dentisterie. Enfin nous avons pu nous convaincre qu'il ne serait pas possible d'obtenir de l'Administration de l'instruction publique qu'il fût suffisamment modifié pour donner satisfaction aux desiderata de la profession dentaire. Aussi nous nous sommes demandé si l'on n'obtiendrait pas un meilleur résultat en créant, pour les étudiants en chirurgie dentaire, un véritable P. C. N. spécial, comprenant une partie scientifique spéciale et aussi une partie technique, soit un *P. C. N. dentaire*, ou un P. C. N. à l'école dentaire.

Il suffirait pour cela de transformer la première année scolaire dans les écoles qui ont adopté la scolarité de quatre années en une véritable année préparatoire de P. C. N. dentaire organisée spécialement pour les dentistes avec la partie science complétée par une partie artistique et manuelle d'après le programme exposé ci-dessous.

Le Congrès dentaire international de Paris 1900 a indiqué dans un de ses vœux ce que devrait être l'éducation préliminaire du chirurgien-dentiste :

« Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes :

» Une instruction scientifique.

» Une instruction artistique et manuelle [2]. »

La Fédération dentaire nationale française a adopté le même vœu dans la séance du 24 mai 1902 dans les termes suivants :

« L'instruction générale nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :

» 1° Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes ;

---

1. Voir communication au Congrès des sciences médicales de Madrid 1903 sur l'enseignement dentaire.
2. Voir 1er volume du IIIe Congrès dentaire international de Paris en 1900.

» 2° Une instruction scientifique élémentaire ;

» 3° Une instruction artistique et manuelle [1]. »

La Fédération dentaire internationale, dans le programme d'enseignement qu'elle a adopté dans ses trois sessions de Cambridge, Stockholm et Madrid, a indiqué à peu près les mêmes obligations [2].

Il nous semble inutile de revenir sur les arguments que l'on a fait valoir pour démontrer la nécessité d'une éducation artistique et manuelle préparatoire pour le chirurgien-dentiste.

La cause paraît depuis longtemps entendue sur ce point dans tous les pays, comme nous l'avons montré dans les communications précédentes.

Rappelons pourtant l'intéressante communication du Pr. Guilford à la session de Stockholm en 1901. (Voir *L'Odontologie*, 1903.)

On aurait souhaité que l'éducation préliminaire spéciale *tout entière* de l'étudiant chirurgien-dentiste pût se faire au point de vue artistique et manuel, comme au point de vue scientifique, soit pendant ses études classiques, soit après, mais avant son entrée à l'école dentaire, comme cela avait lieu anciennement avec l'apprentissage. Il y a à cela de telles difficultés résultant du temps que prennent les études classiques, et les nécessités de cette préparation sont si spéciales qu'après avoir envisagé les divers procédés nous avons été amené à proposer la transformation de la première année des écoles dentaires en année d'enseignement préparatoire spécial, ce qui nous paraît être conforme à l'évolution actuelle des idées et d'une réalisation plus pratique !

Il n'en restera pas moins très utile pour l'élève qui désire devenir un bon chirurgien-dentiste de commencer, lorsque cela est possible, sa préparation artistique et manuelle pendant ses études classiques, s'il doit les terminer à 18 ans, ou s'il doit les terminer à 16 ans, entre la fin de ces études et son entrée à l'école. Nous allons indiquer sommairement comment les choses se passeraient dans ces conditions. (Voir tableau ci-après page 569.)

### Éducation préparatoire du chirurgien-dentiste pendant ses études classiques terminées a 18 ans. *(Travail manuel au lycée).*

Nous devons constater que les réformes apportées récemment dans l'enseignement secondaire en France viennent appuyer singulièrement notre thèse et faciliter la mise en pratique des vœux du

1. Voir compte rendu de la Fédération dentaire nationale (session de Paris) 1902.

2. Voir compte rendu de la Fédération dentaire internationale (session de Madrid 1903, Dr Roy, *L'Odontologie*, 1903.)

Congrès de 1900. Ainsi, au point de vue littéraire et scientifique, la création de quatre catégories de baccalauréat permet la préparation rationnelle du chirurgien-dentiste. Il lui suffit de se préparer au baccalauréat *sciences* et *langues vivantes* pour réaliser la 1re et la 2e partie du vœu en question[1].

Quant à la partie du vœu relative à l'enseignement artistique et manuel, elle trouve déjà son application dans l'enseignement primaire supérieur où les élèves sont initiés aux travaux manuels ; il va bientôt en être de même dans l'enseignement secondaire, comme nous le montre le rapport suivant que nous vous proposons d'appuyer[2] et qui a été déposé par le recteur de l'Université de Paris, M. Liard, au Conseil supérieur de l'Instruction publique à la session de juillet 1903. Je vous en cite quelques extraits :

### *Le travail manuel au lycée.*

« La question de l'organisation du travail manuel dans les lycées et collèges » est en bonne voie d'aboutissement.

» Le vice-recteur de l'Académie de Paris vient d'adresser au ministre de » l'Instruction publique son avis nettement favorable.

» Rappelons que l'année dernière, déjà, plusieurs membres du Conseil su- » périeur de l'Instruction publique avaient déposé l'important vœu que voici, » relatif à l'organisation du travail manuel :

» Considérant que l'adresse du corps et la finesse des sens ne sont pas des » objets négligeables dans une éducation vraiment complète ;

---

1. Voir rapport de M. Papot à Montauban, *Bulletin de la F. D. N*, no 3, p. 22.
2. La Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. et la Fédération dentaire nationale ont adopté, à la suite de cette communication, le vœu suivant :

VŒU SUR L'ENSEIGNEMENT MANUEL.

La Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences dans sa séance du 5 août 1903, session d'Angers;

Considérant : 1o que M. le Recteur de l'Académie de Paris vient de déposer au Conseil supérieur de l'Instruction publique un rapport tendant à l'organisation du travail manuel dans les lycées et collèges ;

2o Que les études dentaires nécessitent de la part de l'étudiant en dentisterie un grand développement de son habileté manuelle qui ne saurait être commencé de trop bonne heure ;

3o Qu'un enseignement artistique et manuel a été constamment réclamé dans le programme des études préliminaires de l'étudiant en dentisterie (voir vœu no 7 du Congrès dentaire international de Paris, 1900);

Félicite M. le Recteur de l'Université de Paris d'avoir proposé d'adjoindre un programme d'enseignement manuel au programme d'enseignement secondaire;

Émet le vœu que cet enseignement manuel soit organisé le plus tôt possible dans les lycées et collèges et que l'attention des jeunes gens qui se destinent aux études dentaires soit appelée sur l'utilité plus spéciale pour eux de cet enseignement manuel ;

Prie M. le Président de l'A. F. A. S. de transmettre le présent ordre du jour à M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

» Que non seulement ces qualités ont une importance pratique de premier » ordre dans la vie et dans nombre de professions, même libérales; mais » que, d'après de nombreuses observations psychologiques précises, elles vont » de pair avec le développement de l'intelligence ;

» Qu'en effet les travaux manuels exercent les facultés d'observation, d'i- » magination et d'invention, de combinaison et de réflexion ;

» Que, plus particulièrement, ils familiarisent l'esprit avec nombre de lois » géométriques, mécaniques ou physiques élémentaires et que l'intuition ainsi » acquise est une utile préparation et une base presque nécessaire de l'ensei- » gnement scientifique proprement dit ;

» Que, indépendamment de ces différents avantages pratiques ou intellec- » tuels, il n'est peut-être pas sans quelque intérêt moral de prémunir les » jeunes gens, par la pratique du travail manuel, contre des préjugés encore » trop répandus qui le déconsidèrent au profit trop exclusif de la vie pure- » ment intellectuelle ;

» Que, enfin, la pratique des travaux de ce genre peut fournir à nos élèves » une distraction à la fois hygiénique et intelligente qu'ils seraient heureux de » trouver pour varier leurs récréations ;

» Émettent le vœu que l'Administration veuille bien étudier, favoriser et » provoquer l'organisation, par les proviseurs et principaux, dans tous les cas » où cela sera possible, d'ateliers de travail manuel où les élèves de leurs » établissements auraient accès sous des conditions déterminées. »

La section permanente du Conseil supérieur ayant émis l'avis qu'il y avait lieu de mettre la question à l'étude, le ministre pria le vice-recteur de l'Académie d'en saisir les assemblées des professeurs des lycées et collèges du ressort et de lui adresser, avec son avis personnel, un résumé des délibérations de ces assemblées.

C'est ce rapport que vient d'achever M. Liard.

Le vice-recteur constate d'abord que trente-sept avis des assemblées des professeurs sont favorables au principe, sauf quelques réserves sur les difficultés d'exécution ; huit seulement sont défavorables. Encore parmi ces derniers faut-il remarquer que certaines se fondent surtout sur des difficultés d'organisation matérielle (à Charlemagne par exemple), ou sur le manque de temps nécessaire.

M. Liard estime qu'aucune de ces objections ne saurait être retenue. Il écrit dans son rapport :

« Je suis peu touché de la crainte de voir nos lycées et collèges prendre » une légère teinte professionnelle et se rapprocher des écoles à caractère » pratique : nous étouffons à l'abri de nos cloisons étanches. Je regarde le » travail manuel comme une excellente école, et je ne puis me persuader » qu'on ne sera pas un homme bien élevé parce qu'on saura dresser une plan- » che ou ajuster une serrure. Enfin il me paraît que le contact de bons ou- » vriers, de leur respect des choses concrètes, serait un excellent préservatif » contre les paradoxes et les quintessences d'abstraction que produit souvent » l'abus de l'éducation intellectuelle. »

Après s'être ainsi rallié sans réserve à l'avis de la presque unanimité des assemblées de professeurs et des chefs de service, M. Liard examine la façon dont le travail manuel pourrait être enseigné. Il

conclut que cet enseignement ne doit pas être une simple distraction prélevée sur le temps des récréations, mais, au contraire, qu'il devait être méthodique, dirigé par des spécialistes et surveillé avec soin. C'est à cette seule condition qu'il aura « sur l'esprit et sur le cœur une influence pondératrice[1] ».

Il est évident que dans les pays où cela est dans les usages, comme aux Etats-Unis dans les *Manual Training schools*, le développement de l'habileté artistique et manuelle des jeunes gens par le dessin, le modelage et les travaux pratiques sur le bois et le fer en même temps qu'ils reçoivent l'éducation générale, est une excellente chose qui serait des plus utiles à l'étudiant chirurgien-dentiste ; malheureusement ce procédé d'éducation est peu répandu, par suite encore peu pratique ; mais il doit être recommandé chaque fois qu'il peut être appliqué. C'est ce qu'ont fait souvent, sur nos conseils, plusieurs pères de famille.

Mais les préparations résultant de ces réformes, lorsqu'elles seront appliquées d'une manière générale, ne pourront composer qu'une éducation préliminaire, artistique et manuelle, très sommaire du chirurgien-dentiste, on le comprend ; il restera toujours place pour une année d'études préparatoires spéciales telle que nous proposons de l'organiser, analogue à celle de l'étudiant en *médecine* avec le P. C. N.

## Éducation préliminaire spéciale du chirurgien-dentiste entre la fin de ses études terminées a 16 ans et son entrée a l'Ecole dentaire.

L'enseignement artistique et manuel de l'étudiant chirurgien-dentiste avant son entrée à l'Ecole dentaire est actuellement donné sous différentes formes dans les conditions suivantes :

1° *Dans les ateliers de divers métiers ayant certains rapports avec la prothèse dentaire ;*

2° *Par un apprentissage dans le laboratoire d'un dentiste avant l'entrée à l'Ecole dentaire, comme en Angleterre ou en Allemagne ;*

3° *Dans des cours préparatoires spéciaux comme l'Institute of dental technology de Londres.*

Le premier procédé a l'avantage de pouvoir être employé partout, parce que partout on trouvera des menuisiers, des serruriers, des bijoutiers pour faire faire à l'étudiant une ou deux heures par jour de travaux pratiques sur le bois, le fer et les métaux précieux ; le reste du temps pouvant être employé aux cours scientifiques et littéraires destinés à compléter l'éducation générale de l'élève et aux cours de dessin et de modelage.

1. Voir *le Temps* d'août 1903.

Planche II



L'apprentissage chez le dentiste est en Angleterre et en Allemagne et ■ été longtemps en France le procédé d'éducation manuelle de l'élève dentiste pour l'étude de la prothèse pratique au laboratoire. Il offre de nombreux inconvénients, tenant notamment aux aptitudes souvent insuffisantes du patron à l'enseignement ; de plus il ne comprend aucun enseignement scientifique théorique complémentaire.

Du reste, la Commission internationale d'enseignement l'a définitivement condamné dans sa réunion de Madrid 1903.

L'école de technologie ou cours spécial avant l'entrée à l'école dentaire semblait réaliser le mieux le dit enseignement, comme l'avait compris le D[r] Georges Cunningham en créant son Institut de technologie dentaire, parce que le programme était à peu près complet au point de vue scientifique comme au point de vue technique ; malheureusement le succès n'a pas récompensé ses efforts.

Peut-être cette création pourra-t-elle être reprise utilement dans les villes où existent des centres importants d'enseignement dentaire.

En attendant, pour les étudiants qui terminent à 16 ou 17 ans leurs études classiques par l'obtention du certificat d'études primaires supérieures ou du certificat d'études secondaires, il reste encore provisoirement, comme nous l'avons dit plus haut, un moyen pratique de compléter leur éducation artistique et manuelle avant leur entrée à l'école dentaire qui ne devrait avoir lieu normalement qu'à l'âge de 18 ans. A cet apprentissage, formant l'enseignement manuel, peuvent être adjoints des cours scientifiques et littéraires choisis par l'étudiant pour compléter son éducation générale et des cours de dessin et de modelage suivant les principes déjà indiqués plus haut.

### Programme de l'Enseignement préparatoire spécial de l'étudiant en chirurgie dentaire considéré comme première année d'études dans les écoles dentaires ou P.C.N. dentaire.

Lorsque l'étudiant en dentisterie se sera préparé à ses études dentaires proprement dites par l'un des divers procédés à sa disposition que nous venons d'examiner plus haut, il n'en aura pas moins une préparation bien incomplète pour les besoins du nouvel enseignement professionnel qu'il va aborder et la nécessité d'une année de P. C N. dentaire reste aussi justifiée pour lui que le P. C. N. pour l'étudiant en médecine.

Le programme de cette année de P. C. N. dentaire peut être établi sur les bases suivantes:

La moitié de la journée doit être consacrée aux études et travaux pratiques scientifiques, l'autre moitié (au moins quatre heures par jour), aux études et travaux pratiques de l'enseignement artistique et manuel technique sans traitement sur le malade. (Voir le tabl. ci-après, p. 569).

*Programme scientifique.*

Le programme scientifique comprend des cours théoriques sur la physique et la mécanique, la chimie et la métallurgie, dans leurs applications à l'art dentaire, l'anatomie et la physiologie humaines et comparées. Ces cours théoriques sont complétés par des travaux pratiques de laboratoire.

Dans cet ordre d'idées, l'enseignement pratique de l'anatomie comparée a grandement progressé cette année à l'Ecole dentaire de Paris par l'organisation des cours pratiques de dissection sur le chien et les animaux.

Je laisse à M. le professeur Julien, qui a eu l'honneur de les organiser et de les diriger, le soin de vous en faire connaître l'utilité et les résultats [1].

Je n'insiste pas sur le programme des cours de physique, chimie, etc. qui existent déjà dans la plupart des écoles, pour aborder tout de suite le programme technique.

*Programme technique.*

Le programme technique comprend des cours théoriques et des travaux pratiques. Les cours théoriques portent sur les éléments d'anatomie dentaire, de pathologie dentaire, de thérapeutique spéciale, de dentisterie opératoire et de prothèse.

Les travaux pratiques portent sur la prothèse au laboratoire et sur la dentisterie opératoire, sur l'*appareil fantôme*.

ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE DE LA PROTHÈSE.

Le programme d'enseignement pratique élémentaire de la prothèse peut ainsi être divisé :

Dessin et travaux sur le bois.

Dessin et travaux sur le fer.

Modelages et travaux sur métaux précieux (or, argent, etc.).

Modelages et travaux de prothèse élémentaire.

Le programme de la prothèse ci-dessus est appliqué à peu près ainsi à l'Ecole dentaire de Paris sous la direction du professeur, M. Martinier, aidé de son chef des travaux, M. L. Cecconi. Je n'insisterai pas autrement qu'en signalant l'utilité d'y introduire pour les commençants le dessin et le modelage que nous avons ajoutés à ce programme.

---

1. Voir *Rapport sur l'enseignement de la dissection sur le chien*, par le Dr Jullien. Communication à la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, Angers 1903.

## ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA DENTISTERIE.

L'enseignement préparatoire de la dentisterie opératoire que nous avons eu l'honneur d'organiser, il y a quelques années, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'excellent concours de M. Martinier, de M. Papot, de M. Mendel-Joseph et des chefs de clinique, M. Blatter pour la partie pratique, MM. de Croës, Mahé, Audy, Paulme et Devoucoux pour la partie théorique, et que nous avons déjà présenté en 1902 à la Fédération dentaire nationale à Paris, au Congrès des Dentistes allemands de Munich, au Congrès de la Société dentaire américaine d'Europe à Stockholm, et au Congrès des sciences médicales à Madrid cette année, a sa place ici dans l'enseignement préparatoire nécessaire à l'étudiant en dentisterie, et rentre ainsi dans le programme de l'éducation artistique et manuelle.

En effet, on peut estimer qu'il fait partie intégrante du programme de la première année préparatoire à l'enseignement dentaire pratique proprement dit, c'est-à-dire à l'enseignement clinique sur le malade. C'est ainsi qu'on le considère dans la plupart des écoles qui l'ont adopté. On verra par le programme des cours et des travaux pratiques qui le composent qu'il forme un véritable enseignement préparatoire de l'étudiant en dentisterie.

Nous nous bornerons à déposer sur le bureau, à la suite de cette communication, le programme détaillé qui a déjà paru dans les communications précédentes avec les quelques modifications qui y ont été apportées dans la dernière année. Nous nous contenterons d'appeler votre attention sur quelques-unes de ces modifications que nous avons appliquées à nos travaux pratiques dans le but d'en faciliter l'exécution. M. Blatter a signalé à Paris à la session de la Fédération dentaire nationale en avril ces modifications ; je les ai signalées moi-même à Madrid, en présentant les travaux pratiques exécutés par les élèves dont nous vous présentons les principaux spécimens. Ces modifications sont :

1° Des *moules* en cuivre pour l'exécution des dents de caoutchouc nécessaires pour l'étudiant après qu'il a terminé ses dessins ; nous avons pu, grâce au concours de M. Delair, faire faire des moules qui nous permettent d'obtenir en quantité suffisante et avec assez d'exactitude et de rapidité les dents dont nous avons besoin, alors que les élèves sont encore dépourvus de l'habileté nécessaire pour les exécuter eux-mêmes dans des conditions acceptables ;

2° Des *cahiers de dessins* suivant la méthode employée par le professeur Guilford au Philadelphia Dental College ; ils sont préférables aux fiches ou feuilles volantes qui peuvent se perdre ; de plus ils permettent de juger plus facilement des progrès de l'élève ;

3° Les *pieds en bois* destinés à supporter l'appareil « fantôme » et

qui ont l'avantage de mieux représenter le malade comme volume et par suite quant aux positions que doit prendre l'élève ;

4° L'emploi des « *Dummy Jaws* » ou modèles en caoutchouc mou qui facilitent la démonstration de diverses opérations, comme le nettoyage dans la pyorrhée, la pose de la digue, l'écartement des dents, les manœuvres de l'extraction, etc. ;

La mâchoire en caoutchouc de Wenker (Wenker Dummy Jaw), qui nous a été présentée à Stockholm par le professeur Guilford, complètera utilement les moyens matériels dont nous disposons pour cet enseignement, comme on le verra par l'extrait ci-après de la communication faite à la Société dentaire du Wisconsin du Sud, en mai 1902, par M. Harvey N. Jackson sur

L'importance de la machoire de caoutchouc de Wenker (Wenker Dummy Jaw) dans l'enseignement de la dentisterie.

« La mâchoire en caoutchouc de Wenker (Wenker Dummy Jaw) m'a été si utile pour enseigner et les indications qu'elle suggère aux étudiants sont si grandes que je continue à l'employer et que je sens qu'il est de mon devoir d'appeler l'attention de ceux qui enseignent cette branche de la dentisterie sur les avantages de cette mâchoire non seulement pour bien montrer la technique de l'application, mais encore pour éveiller l'intérêt des élèves et pour reposer de la manière ordinaire de faire les cours et la changer.

» On peut trouver des avantages à l'employer dans la démonstration du déplacement des calculs, l'emploi des différents instruments et de leur manipulation pour enlever les dépôts de la manière la plus efficace et avec le moins de désagréments possible pour le patient.

» On peut encore l'employer pour expliquer l'usage des cups, des brosses et de la bourre de soie pour polir les dents, pour le traitement des dents en état de putréfaction en ce qui concerne la forme de la cavité, l'ouverture de la chambre pulpaire, l'exposition du plancher de la chambre, les orifices des canaux, etc., la manière d'y avoir libre accès, l'emploi d'agents médicinaux en montrant l'utilité des broches et des alésoirs pour canaux, etc. Chaque opération rentrant dans le traitement des dents peut être démontrée aussi bien que dans une clinique : l'application des agents dévitalisants, les moyens d'appliquer le mieux possible l'agent pour obtenir les meilleurs résultats et empêcher qu'il ne s'introduise dans la gencive : les moyens de retenir le remède dans les dents du bas cassées ; l'emploi du ciment, l'application des pointes de caoutchouc, etc. ; »

5° Notre classification des 22 caries contenant les divers types de caries que l'on rencontre dans la bouche le plus généralement avec leur lieu d'élection et leur mode de préparation ;

6° La cavité type avec ses faces, ses parois, ses angles et ses bords ;

7° *L'extension* de l'enseignement sur le fantôme aux trois premières années d'études, afin que l'élève exécute toujours toute nouvelle opération sur le « fantôme » avant de l'exécuter sur le malade, suivant le principe indiqué au début de cette communication, le « fantôme »



Fig. 1. — Dummy Jaw. — Mâchoire en caoutchouc destinée à recevoir des dents naturelles pour la démonstration et les travaux pratiques de dentisterie opératoire sur l'appareil fantôme.

étant considéré comme le « malade préparatoire », le « malade d'attente », le « malade d'essai ».

Il est également considéré comme le « malade de réserve » destiné à fournir à l'élève inoccupé, faute de malade, l'occasion d'exécuter un nombre d'opérations plus grand que celui qu'il trouve au dispensaire de façon à pouvoir ainsi satisfaire aux exigences du règlement sur les travaux pratiques.

Avec cette conception il est possible d'augmenter considérablement le nombre d'opérations diverses (obturations, aurifications, couronnes, bridges, etc.) qu'on demande à chaque élève pendant ses trois ou quatre années d'études, et de mieux graduer les difficultés des travaux à exécuter avec la force des élèves et aussi de mieux les leur démontrer. Il est ainsi possible de remédier à l'insuffisance des malades dans les écoles qui ont beaucoup d'élèves, et surtout de réserver dans la mesure du possible le plus grand nombre des malades aux étudiants plus instruits — ceux de quatrième année, qui ont obtenu le droit de pratique légale, ce qui est également plus conforme aux principes d'humanité.

Avec le développement qu'est appelé à prendre ce nouvel enseignement, il conviendrait de créer dans les écoles dentaires un *laboratoire spécial de dentisterie opératoire distinct du dispensaire réservé aux malade*, distinct aussi du laboratoire de prothèse et spécialement

aménagé pour le but proposé, comme nous venons de le faire à l'Ecole dentaire de Paris [1].

Excusez-moi d'avoir ainsi retenu votre attention sur un sujet qui à première vue semble avoir déjà été traité devant vous. Mais à mesure que nous avons acquis de l'expérience, nos conceptions se sont un peu modifiées et perfectionnées. Il a fallu mieux adapter notre enseignement aux conditions diverses qui nous sont faites par la loi et par le progrès de la profession et profiter de l'expérience de ceux qui, à l'étranger, ont pu nous devancer dans cette voie.

Sitôt que nous pensons avoir trouvé quelque progrès, quelque innovation, il nous paraît de notre devoir de le porter à la connaissance de tous ceux qui s'intéressent à l'enseignement dentaire dans notre pays afin qu'ils puissent l'appliquer dans toutes les écoles dentaires françaises, car tout retard apporté dans l'enseignement est préjudiciable à nos étudiants, venus pour apprendre toute la science odontologique connue à notre époque et auxquels nous devons les derniers procédés, les méthodes les plus récentes [2].

---

1. Voir la nouvelle salle de dentisterie opératoire de 1re année à l'Ecole dentaire de Paris (*L'Odontologie* 1903).

2. Nous ne reproduisons pas le programme du cours préparatoire qui fait suite à cette communication ; il a déjà paru dans nos colonnes et il figurera au complet dans la brochure « *Programme des cours* » en préparation. Nous insérons simplement les illustrations nouvelles.

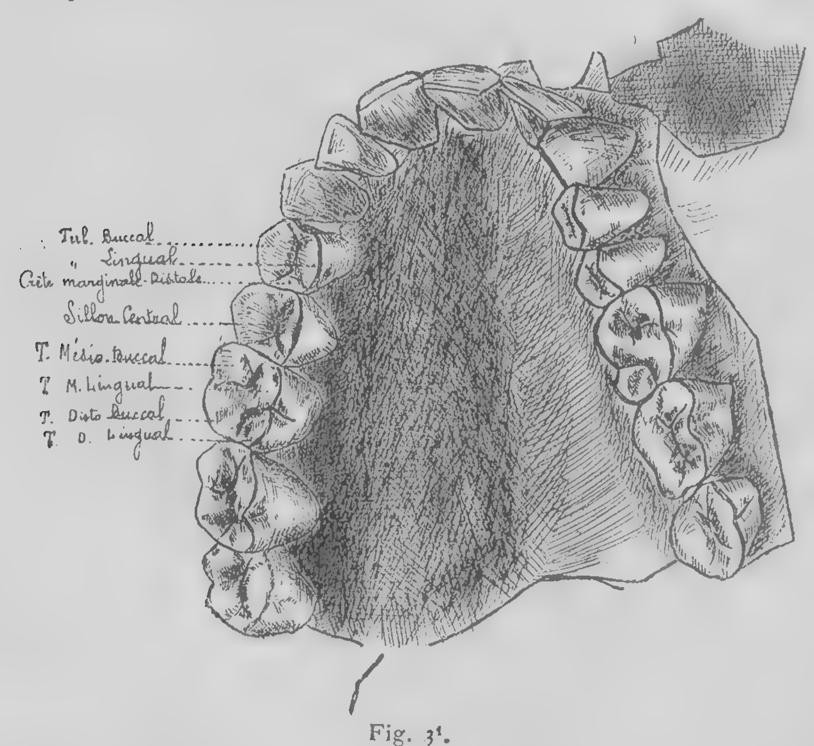



Fig. 3 [1].

1. Nota. Les fig. 3, 4, 7, 8 et 9, ont été dessinées par M. Pailliottin, élève de l'Ecole, sous la direction de M. Godon.

TABLEAU DES 14 TYPES DE CARIES SIMPLES ET COMPOSÉES.

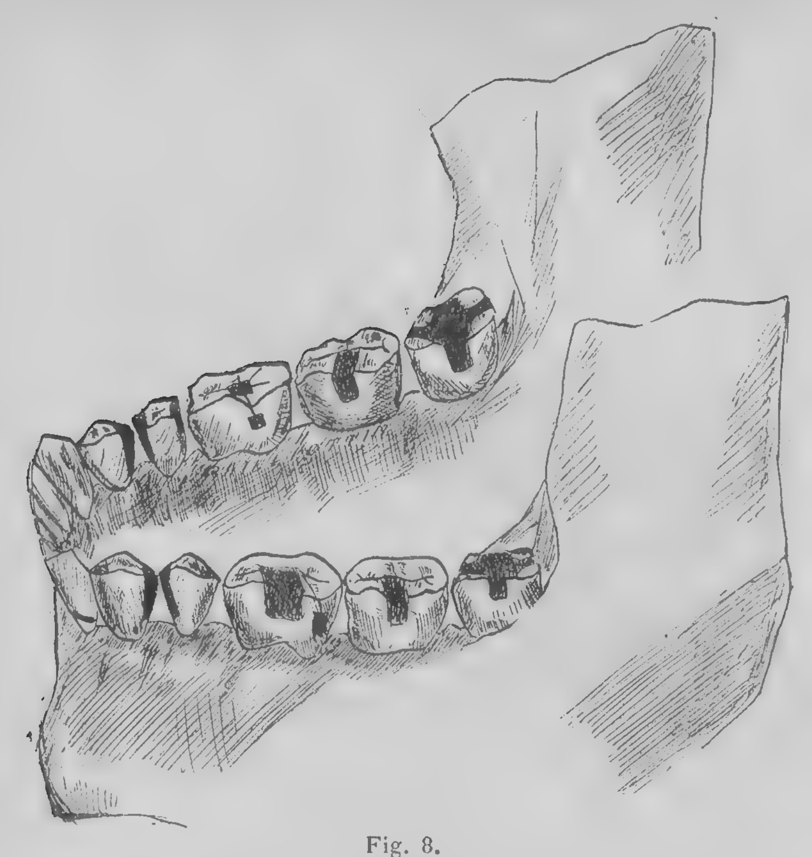


Fig. 8.

TABLEAU DES 11 TYPES DE CARIES SIMPLES ET COMPOSÉES A REPRODUIRE ET DE LA CAVITÉ TYPE (v. fig. 9).

Angle Axio Jugal et Distal
Bord Triturant Axial
Paroi Triturante ou Incisive (fictive)
Angle Axio Jugal et Mésial
Bord Triturant Distal
Bord Triturant Mésial
Paroi axiale ou pulpaire
Paroi externe Distale
Paroi linguale ou palatine (fictive)
Paroi externe mésiale
Bord Distant ou Distal
Bord Mésial
Paroi Cervicale ou gingivale
Angle Cervical Distal
Bord Cervical ou Gingival
Angle Cervical Mésial
Angle Axio. Cervical

Fig. 9.

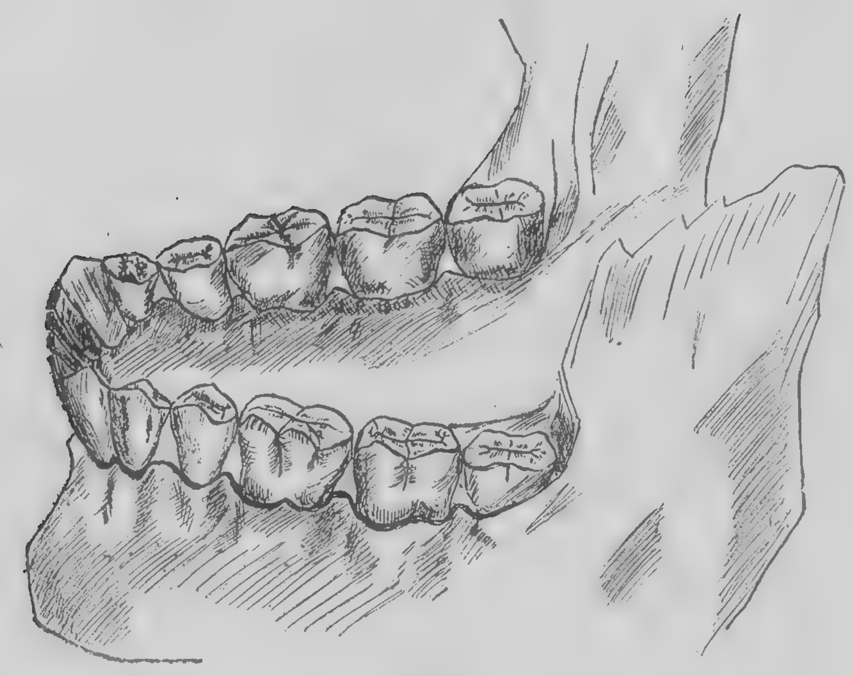


Fig. 4.

TABLEAU DES II TYPES DE CARIES SIMPLES ET COMPOSÉES.

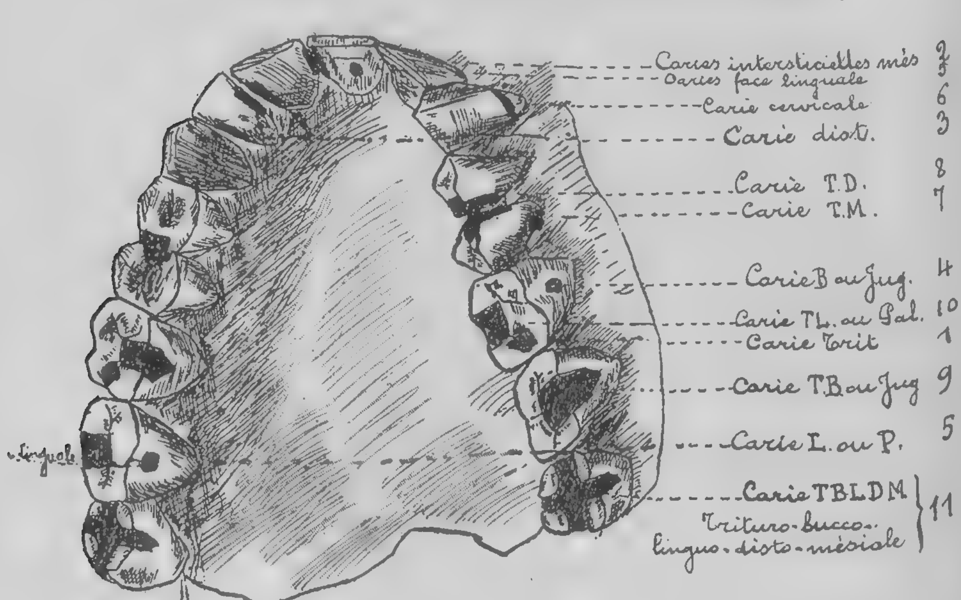



Fig. 7. — Figure schématique indiquant les faces, les bords et les angles d'une cavité de carie dentaire préparée pour l'obturation.

# *Tableau synoptique de l'Enseignement de l'Étudiant en Chirurgie Dentaire (1903)*

*AGE NORMAL D'ENTRÉE A L'ÉCOLE DENTAIRE :* **18 ANS**

| ENSEIGNEMENT PRÉLIMINAIRE | | ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL A L'ÉCOLE DENTAIRE<br>DURÉE DES COURS : 4 ANS | | |
|---|---|---|---|---|
| **Littéraire avec 2 langues vivantes, scientifique, artistique et manuel** (VŒU DU CONGRÈS DE 1900). | | 1re ANNÉE<br>**Enseignement préparatoire**<br>(P. C. N. DENTAIRE). | 2e et 3e ANNÉES | 4e ANNÉE |
| 1° Certificat d'Études primaires supérieures obtenu à 16 ans.......<br><br>2° Certificat d'Études secondaires obtenu à 16 ans............... | A compléter par un stage jusqu'à 18 ans chez un dentiste (apprentissage conservé à titre transitoire).<br>Ou chez des techniciens divers (menuisiers, serruriers, bijoutiers, etc.), augmenté de cours de sciences, de 2 langues vivantes, de dessin et de modelages. | ENSEIGNEMENT SCIENTIFIQUE<br>**Cours théoriques et pratiques.**<br>Physique et mécanique.<br>Chimie et métallurgie.<br>Anatomie et physiologie humaines et comparées (dissection sur le chien et sur divers autres animaux).<br><br>ENSEIGNEMENT TECHNIQUE<br>**Cours théoriques.**<br>Éléments d'anatomie dentaire.<br>— de pathologie dentaire.<br>— de thérapeutique dentaire.<br>— de dentisterie opératoire.<br>— de prothèse dentaire. | **Enseignement médical et technique, théoriques et pratiques,**<br><br>préparant plus spécialement aux examens de la Faculté de Médecine pour l'obtention du diplôme d'Etat de Chirurgien-Dentiste. | **Enseignement de perfectionnement technique,**<br><br>préparant plus spécialement aux examens définitifs et au diplôme spécial de l'Ecole dentaire. |
| 3° Diplôme de Bachelier<br>1 Latin-grec........<br>2 Latin-langues vivantes..........<br>3 Latin-sciences....<br>4 Sciences-langues vivantes, obtenu à 18 ans........ | Complet avec l'enseignement manuel au lycée ou chez des techniciens divers (menuisiers, serruriers, bijoutiers, etc.). | **Cours pratiques.**<br>***Dentisterie opératoire.***<br>Dessins, modelages.<br>Travaux sur appareil fantôme.<br><br>***Prothèse dentaire.***<br>Dessins, modelages.<br>Travaux sur le bois, le fer, etc.<br>Prothèse élémentaire. | (*Voir à ce sujet le programme de l'Ecole dentaire de Paris.*) (24e Circulaire annuelle 1903-1904). | (*Voir à ce sujet le programme de l'Ecole dentaire de Paris.*) (24e Circulaire annuelle 1903-1904). |

Dr CH. GODON.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 6 octobre 1903.*

Présidence de M. Choquet, président.

Les procès-verbaux des séances du 7 avril, des 5 et 19 mai, des 9 et 23 juin sont adoptés.

Avant de remettre ses fonctions à M. Loup, président élu à l'assemblée générale de juillet, M. Choquet prononce le discours suivant :

### I. — Allocution de M. Choquet.

Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi, au moment de quitter la présidence de la Société d'Odontologie, de vous adresser quelques mots d'adieux et de remerciements. Vos votes, au commencement de l'année, m'avaient désigné pour diriger vos séances et cette élévation subite au plus haut poste que peut envier un membre de notre Société n'avait pas été sans me faire légèrement trembler. Heureusement, les collaborateurs que vous m'aviez adjoints m'ont largement facilité ma tâche. Durant l'année écoulée, j'ai eu à cœur de tenir haut et ferme le drapeau de la Société d'Odontologie et je crois y être parvenu. Le rapport de notre excellent secrétaire général, le Dr Friteau, rapport qui vous a été lu lors de notre dernière réunion, est du reste la meilleure preuve que notre Société est dans une passe des plus florissantes. Nombreuses ont été les communications de toutes sortes, nombreux ont été les membres assistant à nos séances. S'il y a eu pléthore dans la grande majorité de nos réunions, cela tient principalement à l'infatigable persévérance du secrétaire général, à qui je ne saurais adresser trop de remerciements

ce soir d'une façon officielle. Grâce à lui et à sa ténacité à réclamer à chacun d'entre vous quelque petit travail, nous avons eu une abondante moisson de communications de toute nature. Aussi, mon successeur, notre excellent collègue Loup, à qui j'adresse aussi tous mes remerciements pour avoir bien voulu me suppléer en quelques circonstances, peut-il entièrement se reposer sur son secrétaire général.

J'adresse donc à tout le bureau de la Société d'Odontologie pour 1903, à mes vice-présidents MM. Loup et Touvet-Fanton, à notre secrétaire général le Dr Friteau, au dévoué secrétaire des séances, M. Blatter, mes plus sincères remerciements pour l'appui qu'ils m'ont prêté dans le courant de cette année. Permettez-moi aussi de remercier chacun des auteurs des travaux présentés à notre Société, entre autres les professeurs Petit de l'École vétérinaire d'Alfort et Cryer de l'École dentaire de Philadelphie pour les magistrales communications qu'ils nous ont apportées. Et enfin, à vous tous, mes chers confrères, je dis encore une fois merci du fond du cœur de m'avoir appelé à diriger vos travaux. J'emporte de ma présidence un souvenir très doux et je puis vous affirmer que, tout en rentrant dans le rang, j'aurai encore à cœur de rendre les réunions de la Société d'Odontologie aussi intéressantes qu'il est possible.

Le dernier acte de ma présidence sera, messieurs, pour vous proposer, au nom du bureau, les noms des candidats que la Société d'Odontologie, en vertu de ses règlements, peut proposer tous les ans pour récompenser les meilleurs travaux publiés : 1° dans les cinq dernières années ; 2° dans le courant de l'année écoulée.

Le bureau à l'unanimité a décidé d'accorder la médaille de vermeil au Dr Kirk, doyen du Collège dentaire de Pensylvanie, pour les nombreux travaux qu'il a publiés sur toutes les branches de l'art dentaire et pour l'essor qu'il a donné à la profession en tant que directeur du *Dental Cosmos*. En outre, nous vous proposons de décerner au Dr Brophy pour ses restaurations de palais par sa méthode une deuxième médaille de vermeil. Vous savez tous que, les années

précédentes, celles-ci n'ont pas été attribuées et nous vous proposons en conséquence de faire droit à la demande du bureau en acceptant le nom du Dr Brophy, doyen du Collège dentaire de Chicago.

Enfin, à titre d'encouragement, nous vous proposons pour la médaille de bronze le nom d'un des membres du corps enseignant de l'École, M. de Croës, pour les essais présentés par lui à notre Société.

Je vous adresse encore une fois tous mes remerciements bien sincères et laisse notre excellent confrère prendre possession du fauteuil présidentiel.

Ce discours est accueilli par des salves d'applaudissements.

La Société d'Odontologie, ayant, selon l'article XIV de son règlement intérieur, un certain nombre de prix à décerner, adopte la proposition du bureau qui demande que, cette année, à l'occasion de l'Exposition de Saint-Louis, elle puisse accorder deux médailles de vermeil au lieu d'une seule. Les médailles sont ainsi accordées par acclamation :

Une médaille de vermeil à M. le Dr Kirk, professeur à l'Université de Pensylvanie.

Une médaille de vermeil à M. le Dr Brophy, directeur de l'École dentaire de Chicago.

Une médaille de bronze à M. de Croës, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Avant d'abandonner le fauteuil présidentiel, M. Choquet propose de décerner à M. Losada, de Madrid (présent à la réunion), le titre de membre correspondant de la Société d'Odontologie. M. Losada adresse quelques mots émus de remerciements.

Présidence de M. Loup, président pour l'année 1903-1904.

M. Loup prend possession du fauteuil de la présidence et prononce le discours suivant :

## II. — Discours de M. Loup.

Messieurs et chers collègues,

Depuis le mois de juillet où mon émotion et ma surprise furent grandes de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la fonction la plus enviable, j'avais hâte de vous

exprimer ma reconnaissance, ma gratitude et mon dévouement.

Par votre bonté, par votre indulgence, vous avez récompensé au delà de ses mérites celui qui n'a d'autre qualité que d'avoir gardé le souvenir le plus ému des études faites à l'École dentaire de Paris, celui qui eut l'immense joie d'être admis dans le corps enseignant de cette institution modèle, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . — l'homme enfin qui ne fut qu'un assidu, mais un grand admirateur de cette société de laquelle il savait toujours tirer profit.

Ainsi sans jamais avoir été à la peine, car travailler avec vous est une joie, je me trouve appelé, au milieu de la courtoisie qui est de tradition dans cette enceinte, avec le sympathique soutien que vous avez la bienveillance d'accorder à tous vos présidents et que vous ne me refuserez pas, j'en ai la certitude et le plus grand besoin, je me trouve appelé, dis-je, à diriger les travaux et les discussions de la plus active, de la plus noble des compagnies, de celle qui possède un tel éclat au dehors que dans la seule année passée, pour ne citer que les membres étrangers à elle, elle sut attirer des hommes de la valeur des professeurs Cryer et Petit. Et je dis la plus active, car nos ordres du jour sont chargés à tel point que souvent nous ne les épuisons pas tant nos séances comportent de communications sérieuses, étudiées, fouillées, d'idées remarquables par le voile qu'elles lèvent sur l'infini des sciences.

Vous avez tous à l'esprit l'année brillante qui vient de s'écouler où, grâce à votre infatigable président Choquet, travailleur acharné auquel j'ai le lourd privilège de succéder, vous avez assisté en grand nombre à la lecture, à la discussion de travaux, véritables régals de l'esprit, faisant naître de durables sympathies pour la personnalité qui nous entretenait.

Et je dis la plus noble des compagnies car notre force de vie, d'expansion, nous ne la devons qu'à nous-mêmes, et, sans jamais rien demander, nous rendons service à tous. Par nos propres efforts nous nous lançons dans le monde où nous

allons briller aussi bien en France qu'à l'étranger aux premiers rangs des Congrès.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

L'odontologie par l'expansion des diverses sciences qui entrent dans sa composition, forme à elle seule le grand principe d'Auguste Comte, qu'on ne saurait trop rappeler pour démontrer le bien-fondé des spécialisations auxquelles nous assistons depuis nombre d'années. Nulle part ailleurs ce phénomène n'est plus visible que dans nos assises professionnelles où chacun prend une branche du système scientifique, la cultive avec amour et lui fait produire des fruits que l'ensemble n'aurait pu donner.

C'est que déjà, dans notre complexe spécialité, chaque branche est assez développée pour mériter une culture isolée, pour occuper l'intelligence la plus vive et la plus réfléchie.

Si maintenant nous songeons que ce résultat a été obtenu en vingt ans, nous pouvons tous apporter notre gerbe à l'École dentaire et à la Société d'Odontologie de Paris pour que les fleurs en soient distribuées à ceux qui ont contribué à cette glorieuse prospérité. Mais, messieurs, le culte de la science n'est pas tout, la Société d'Odontologie de Paris a conscience du rôle que lui assigne son passé, elle sait qu'on l'attend partout où les intérêts moraux et l'honneur de la profession sont en jeu, et c'est une partie de son patrimoine que votre président, grâce à vous, ne laissera pas péricliter.

Ce n'est pas tout que d'étudier, de devenir savant, de faire bonne figure et de tenir un bon rang dans tous les centres scientifiques, d'être par ses pairs jugé merveilleusement ; il faut encore autre chose, car jusqu'à présent ces satisfactions purement morales n'ont jamais été que le pain spirituel de l'homme qui a besoin d'un aliment plus concret pour son développement physique. Et que je sache, dans notre organisation civilisée, ce n'est pas de nos propres confrères que nous obtenons notre pain quotidien, mais du grand public qui se confie à nous.

Or, ce bon public, duquel nous attendons tout, a le tort généralement d'ignorer la qualité du vin qui n'a pas d'étiquette. Aussi me force-t-il à exprimer cette pensée : en France, je ne parle pas des autres pays, j'en ignore les mœurs, tout homme qui exerce l'une des branches de l'art de guérir doit posséder le diplôme de docteur.

Eh bien ! j'estime qu'en l'état actuel, avec les études qu'on exige du dentiste, on doit lui donner un titre en rapport avec les examens qu'il passe, avec les droits qu'on lui confère, avec les responsabilités qui lui incombent. Il faut, en somme, que le dentiste ait une situation sociale qui ne le fasse plus souffrir en souvenir du passé. Loin de moi la pensée d'accorder à un titre plus que sa valeur. J'ai trop présents à ma mémoire les noms des hommes qui ont illustré la médecine et la dentisterie en particulier : Ambroise Paré, Fauchard, Horace Wels, dont les parchemins ne gênaient pas les poches, pour me faire illusion à ce point, et c'est à l'infini qu'on en pourrait citer de ces noms illustres dans toutes les branches de l'activité humaine, mais je sais que l'homme vaut ce que pèse son intelligence.

Mais, outre que nous ne sommes pas tous des prédestinés et que ces génies sont rares qui peuvent faire parcourir leur pensée au milieu des foules, parmi les préjugés, au delà des sociétés même et, devançant ainsi leur âge, aller la poser comme une étoile au sommet des édifices, marquant d'un signe de feu la page ouverte devant l'humanité pensante, nous vivons dans une société où, je le dis à regret, on accorde au manteau ce que le proverbe si sage de nos pères dément : l'habit ne fait pas le moine ; le titre ne fait pas la valeur, pourrions-nous ajouter. Et c'est pour cela que je rêve à l'ennoblissement de notre profession qui a conquis sa place à force de courage et de persévérance dans les centres où le cerveau domine, mais qui reste pour les profanes ce qu'elle était autrefois. Et vraiment si la noblesse de sang se trouve dépaysée dans une république, n'est-ce pas à une démocratie de s'honorer en ennoblissant l'effort sublime du travail, de l'intelligence?

J'ai trop le respect des convictions d'autrui, messieurs, pour profiter de ce que votre excellente partialité a fait de moi le bénéficiaire d'un poste d'honneur pour m'engager plus loin dans cette voie, tandis que je sais que votre courtoisie tairait sa discussion. Non, le moment n'est pas propice et je devais cependant à mes vifs remerciements ajouter l'opinion que j'ai déjà émise plusieurs fois, opinion qui rallie, je le sais, la grande majorité des dentistes, et le très distingué directeur de notre chère école dans son discours à la réouverture des cours de 1902.

Mes chers confrères, vous pouvez être assurés que tous mes efforts tendront à vous préparer des séances heureusement chargées, et d'ailleurs, m'inspirant des éminents présidents qui se sont succédé à ce fauteuil et dont vous avez tous gardé l'intense souvenir, entouré, comme je le suis par vos suffrages d'une phalange de travailleurs d'élites, quand on a à ses côtés des vice-présidents comme M. Touvet-Fanton, dont les vues ingénieuses, pratiques et remarquablement exposées attirent les éloges, ou comme M. Delair, dont les admirables travaux ne pourraient être cités par moi sans diminuer l'enthousiasme, les félicitations chaleureuses que lui valurent ses moindres présentations ; quand on a comme secrétaire adjoint M. Blatter dont vous connaissez tous le zèle, l'activité qu'il apporte dans ses fonctions et dont vous avez apprécié à maintes reprises les démonstrations, quand on a enfin assis à sa droite le secrétaire général érudit, le fin et habile nautonnier qu'est le D^r^ Friteau, on ne peut qu'avoir une année fertile car les semences ne manqueront pas, j'en suis persuadé, je vois la ruche odontologique en pleine activité.

Votre dernier bureau dans lequel j'avais l'honneur d'être vice-président, a eu l'heureuse inspiration de décerner trois médailles à trois de nos confrères MM. Kirk, Brophy et de Croës, en vous donnant un aperçu des travaux qui les leur ont values. Je suis extrêmement heureux de ces distinctions justement méritées, car j'ai le bonheur d'inaugurer l'année par l'apport de félicitations au travail en même

temps que j'espère trouver, dans cette haute marque de reconnaissance donnée à des studieux, une heureuse émulation parmi nous.

Mais aussi, il me serait infiniment précieux de pouvoir ajouter un quatrième lauréat dans cette soirée, début de mes fonctions.

Ce fut un ancien président de cette Société et de l'École dentaire de Paris, un homme généreux et bon, travailleur acharné, aimant sa profession et la mettant au dessus de tout.

Il fut un bienfaiteur dans toute l'acception du mot; nombreux sont ceux auxquels il a rendu service, nombreuses sont les œuvres de bienfaisance auxquelles s'ouvraient ses deux mains généreuses, nombreuses sont les sociétés professionnelles où ses deniers étaient versés.

Mais de toutes ces œuvres, messieurs, nulle autre n'avait son cœur plus entier que l'École dentaire de Paris et sa sœur jumelle, la Société d'Odontologie.

Une page véritablement et sincèrement émue a été tracée de la vie de M. Lecaudey par le Dr Sauvez : vous y trouverez l'inépuisable charité de cet homme de bien, qui, jusqu'à son heure dernière, recommande de ne pas oublier l'institution à laquelle il s'était attaché comme le lierre à la pierre.

Nous lui devons beaucoup: exemple de travail, amour et relèvement de notre profession dont il a aidé puissamment à relever le drapeau, à dorer le blason et je forme le vœu qu'avec une souscription internationale — il avait des amis partout, vous vous souvenez des marques affectueuses et de la respectueuse estime que lui prodiguèrent les dentistes du monde entier au Congrès de 1900, — on consacre une petite somme pour le représenter dans un buste qui ornerait l'une de nos salles et que le reste tombe dans la caisse des pauvres que nous soignons ici.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Et voilà les multiples raisons pour lesquelles je m'inscrirais dans une telle liste qui aurait le double but d'honorer

l'ancien président d'honneur de tous nos congrès et de soulager la pauvre humanité pour laquelle nous nous dévouons.

Puisque je viens de rendre hommage à celui que vous avez tous connu, laissez-moi rendre hommage aussi à une classe de travailleurs qui ne tirent pas de leurs efforts tout le bien qu'ils méritent.

Un de vos plus estimés présidents, M. d'Argent, avait prié tous ceux qui avaient une petite innovation, un perfectionnement, une invention qu'ils ne pensaient pas mériter un travail écrit, ou de se faire inscrire au début de la séance pour passer après les travaux inscrits au procès-verbal. Ils sont venus assez nombreux, mais il s'est trouvé que des choses extrêmement intéressantes sont passées inaperçues par suite de l'heure avancée.

Je crois que l'on peut tirer mieux de cette excellente idée, il suffira de demander à l'auteur d'une présentation de ce genre de s'adresser au bureau qui la fera passer en fin de séance ou, si l'heure est trop tardive, l'inscrira à son tour dans le prochain ordre du jour. Il va sans dire que l'auteur sera toujours maître de faire sa présentation lui-même.

Et maintenant, messieurs, je termine en vous conviant tous, que vous soyez odontologistes ou stomatologistes, car les uns et les autres vous faites à la fois, de l'odontologie et de la stomatologie, à oublier dans un élan de solidarité professionnelle toutes les polémiques passées pour nous souvenir seulement que nous devons marcher ensemble par les sentiers du progrès.

Venez, qui que vous soyez, qui cultivez l'une des branches de notre art, venez accroître nos connaissances en vous instruisant vous-mêmes aux lueurs de la discussion, venez nous porter les fruits de votre labeur quotidien, de votre ingéniosité et veuillez considérer que nous ne sommes pas, comme certains esprits le pensent, les pionniers d'une spécialité secondaire, car outre le champ pathologique déjà vaste qui journellement sollicite notre intervention, nous travaillons pour notre beau pays, pour notre glorieuse France. En aug-

mentant ou en reconstituant la beauté et la grâce de nos semblables dans leur expression la plus heureuse, en éloignant la chute automnale de la plus belle parure, nous donnons à la bouche l'esthétique et la fraîcheur sans lesquelles il n'est de sourire plein de désirs et de promesses ; nous lui donnons en un mot ce charme qui fait dire à Jean Aicard :

Mon âme était sur sa bouche
Pendant qu'elle me parlait.

Le discours de M. Loup est accueilli par une double salve d'applaudissements.

III. — Orthopédie dentaire : appareils extenseurs des maxillaires, par M. d'Argent, professeur suppléant a l'École dentaire de Paris.

Cette communication est publiée d'autre part.

Après la lecture de son travail, M. d'Argent montre une série de modèles dont les principaux sont reproduits dans les clichés de la pl. I, p. 550 *bis*.

## Discussion.

*M. Delair.* — Je demanderai à M. d'Argent, dont le travail mérite les plus grands éloges, comment il conserve, après l'écartement du maxillaire supérieur, l'engrènement des cuspides des dents antagonistes. Met-il simultanément un appareil d'extension à la mâchoire inférieure et un autre à la supérieure ? Ou bien les efforts de la mastication sont-ils suffisants pour que les dents supérieures écartées entraînent en dehors les dents inférieures, sans le secours d'un appareil d'extension à la mâchoire inférieure ?

*M. Martinier.* — Les résultats qu'obtient M. d'Argent avec l'appareil de Kingsley, qu'il a si ingénieusement modifié, sont très encourageants. Pour ma part, je préfère les ressorts aux vis pour obtenir l'extension des arcades dentaires ; avec les ressorts, les visites sont moins fréquentes, l'appareil est moins volumineux et l'écartement n'est pas moins rapide. M. d'Argent nous répondra que le nombre des visites est, avec son procédé, considérablement réduit, puisqu'il autorise les parents de l'enfant à donner eux-mêmes, avant chaque repas, une fraction de tour à la vis de Jack. Je me sépare complètement de M. d'Argent sur ce point particulier, et je considérerai toujours comme un grave danger l'autorisation donnée à un parent de

tourner une vis de redressement. — La vis de Jack appliquée à l'appareil de M. d'Argent permet de diriger mathématiquement l'écartement du maxillaire supérieur ; mais j'obtiens d'aussi beaux résultats avec l'appareil à ressort de M. Cecconi, notre collègue de l'Ecole. Ceux de nos confrères qui ont assisté au Congrès d'Angers ont constaté sur mes modèles un écartement très important de l'arcade dentaire supérieure, obtenu aussi rapidement et avec des visites beaucoup moins répétées qu'avec l'appareil dont nous parle M. d'Argent.

*M. le Dr Friteau.* — Je viens d'employer tout récemment l'appareil de M. d'Argent tel qu'il nous l'avait présenté à Angers ; un malade, habitant tout près de chez moi, a pu me faire de très fréquentes visites et j'ai obtenu, en moins de quinze jours, un écartement de 8 à 9 millimètres entre les premières prémolaires, et de 4 à 5 entre les dents de six ans. Le palais abaissé de M. d'Argent établit entre lui et la voûte palatine une cavité où les aliments se logent : aussi faut-il recommander aux malades une antisepsie plus rigoureuse encore que celle que l'on recommande durant tout redressement. Ce palais abaissé doit faciliter l'abaissement, réel ou apparent, de la voûte palatine osseuse.

*M. Lemerle.* — Je ne suis pas très partisan des vis en matière de redressement car elles m'ont donné quelques insuccès, notamment dans un cas où, sur un sujet très jeune, j'ai obtenu la luxation d'une prémolaire inférieure que je voulais pousser en dehors pour la mettre au niveau de l'arcade.

*M. Losada.* — L'appareil de M. d'Argent me paraît appelé à nous rendre de grands services dans tous les cas où nous devrons obtenir l'élargissement des arcades dentaires ; or, comme la plupart des redressements nécessitent d'abord cet élargissement des arcades, il me semble que nous aurons souvent l'occasion de l'employer à la place de l'appareil de Kingsley. La fixité de l'appareil de M. d'Argent est certainement accrue avec des coiffes métalliques emboîtant les prémolaires et les molaires : pour ma part je n'entreprends guère de redressements importants sans coiffe sur les molaires, et le maillechort que j'emploie pour ces coiffes me donne toujours de bons résultats.

*M. le Dr Sauvez.* — Je n'ai pas très bien compris ce qu'a dit M. d'Argent à propos du rôle des végétations adénoïdes dans la production de l'atrésie des maxillaires ; je pense que M. d'Argent a dit que les végétations, en obstruant la cavité naso-pharyngienne, supprimaient ou diminuaient la respiration nasale, et que cette suppression amenait un arrêt dans le développement du maxillaire supérieur. Lorsque avec l'âge ou à la suite d'une opération les végétations adénoïdes ont diminué ou disparu, l'enfant ne se mettra pas spontanément à respirer par le nez ; il a contracté l'habitude de respirer par

la bouche et il conservera cette habitude si vous n'obtenez pas, par des exercices spéciaux, analogues à ceux que préconise le Dr Nattier, la continuité de la respiration nasale. De cette respiration nasale, largement et régulièrement accomplie, dépend en grande partie le succès de nos tentatives d'élargissement du maxillaire supérieur chez des adénoïdiens : c'est là un gros facteur du succès : nous ne devons pas l'oublier.

L'appareil de M. d'Argent aura de nombreuses applications puisque, comme l'a dit M. Losada, la plupart des redressements doivent être précédés de l'élargissement des maxillaires : il nous permettra cet élargissement que nous ne pouvons obtenir avec l'appareil Gaillard, si utile dans les redressements dentaires proprement dits. Je pense que les appareils américains, coiffes et bandes, donnant d'aussi bons résultats que l'appareil de M. d'Argent, mais je reconnais volontiers qu'ils sont d'une application plus délicate. M. d'Argent a eu tort de peu parler du nouvel appareil d'élargissement des mâchoires imaginé récemment par le Dr Robin, appareil qui dans deux cas sur trois m'a donné de bons résultats. A côté de l'inconvénient réel de son volume, cet appareil a l'avantage de permettre l'écartement simultané des deux maxillaires et de maintenir l'engrénement des dents supérieures et inférieures. Enfin je crois que, dans la plupart des cas où l'on veut élargir les arcades dentaires, il y a intérêt à recouvrir les molaires de coiffes métalliques ou de gouttières en caoutchouc.

*M. Meng.* — Je veux appeler l'attention sur la nécessité de chercher la cause des déviations dentaires avant d'en chercher à en faire le traitement. Comme la cause principale de l'atrésie du maxillaire supérieur n'est autre que la présence dans la cavité naso-pharyngienne de végétations adénoïdes, il faut, avant tout traitement prothétique, faire enlever ces végétations, sans cela l'on va au-devant d'un échec certain.

*M. Martinier.* — Je dirai à M. Sauvez que je ne crois pas beaucoup à l'efficacité de l'appareil du Dr Robin pour un certain nombre de raisons dont la principale est qu'il n'agit que par intermittence, puisque les malades l'enlèvent durant les repas, au moment même où les efforts masticatoires augmentent l'action de nos appareils de redressement. — Je crois que, dans la plupart des cas, il faut recouvrir les molaires et les prémolaires ; ce recouvrement constitue un excellent moyen de rétention des appareils et il ne constitue pas une gêne notable pour la mastication ; je préfère le recouvrement métallique, parce que le recouvrement de caoutchouc, qui doit être le plus souvent très mince, expose l'appareil à des fractures répétées.

*M. d'Argent.* — Je dirai à M. Delair que chez les sujets jeunes, surtout si les dents ont leurs cuspides très accentuées, le maxillaire inférieur suit facilement le maxillaire supérieur dans son écartement

sans le secours d'aucun appareil. Il n'en est pas de même chez les sujets plus âgés, ceux ayant plus de 16 ans : le maxillaire inférieur n'est pas entraîné par le supérieur.

La question des indications du recouvrement des molaires est très complexe : elle dépend de l'engrènement dentaire, de la forme des cuspides, de l'âge et de la bonne volonté de l'enfant, etc.

Les appareils à ressort dont M. Martinier se déclare partisan n'ont pas la faculté d'effort continu dont il parle ; le ressort est vite fatigué et, si l'on veut que son action soit constamment efficace, il faut le changer fréquemment ou y adjoindre des vis de rappel. La gêne de la vis de Jack placée transversalement dans l'appareil que je préconise est réelle, j'en conviens ; mais les malades s'y accoutument vite et aucun de mes petits malades n'a manifesté pour elle une grande aversion : cette gêne n'est rien vis-à-vis de la certitude du résultat : un malade qui se soumet à un redressement doit s'attendre à quelques ennuis et il ne conservera pas un mauvais souvenir du traitement si le succès lui est assuré. M. Martinier ne consentirait pas, d'autre part, à confier à des parents le soin de tourner une vis de Jack ; je pense qu'après quelques explications les parents, sont très aptes à donner avant chaque repas, et cela sans aucun danger, un quart ou un huitième de tour à une vis : ma pratique journalière me prouve que je n'ai pas tort de confier ce soin à des parents intelligents.

M. Sauvez lira dans ma communication ce qui a trait aux relations des végétations adénoïdes et de l'atrésie des mâchoires et il verra que, sur ce point, nous sommes absolument d'accord. J'ajouterai que lorsque nous élargissons, par la dilatation du maxillaire supérieur, la cavité nasale d'un enfant opéré de végétations adénoïdes, nous diminuons les chances de récidive de ces végétations, qui se développent mal dans une cavité naso-pharyngienne en pleine fonction. J'ai peu parlé de l'appareil du Dr Robin parce que nous n'avons pas encore sur lui de données suffisantes.

Je maintiens que j'obtiens un abaissement réel de la voûte du palais : mes mensurations me permettant d'être très affirmatif sur ce point spécial. Je fais des appareils avec le recouvrement des molaires toutes les fois que j'ai besoin de relever l'articulation ou d'obtenir une rétention plus grande : ces recouvrements sont le plus souvent en caoutchouc.

*M. le Dr Godon.* — J'ai présenté au Congrès de Lyon un appareil qui permet l'écartement de la partie postérieure du maxillaire inférieur. Depuis cette date, j'ai employé cet appareil un certain nombre de fois et il m'a donné d'assez bons résultats : il me paraît moins embarrassant que l'appareil présenté par M. d'Argent pour l'élargissement du maxillaire inférieur.

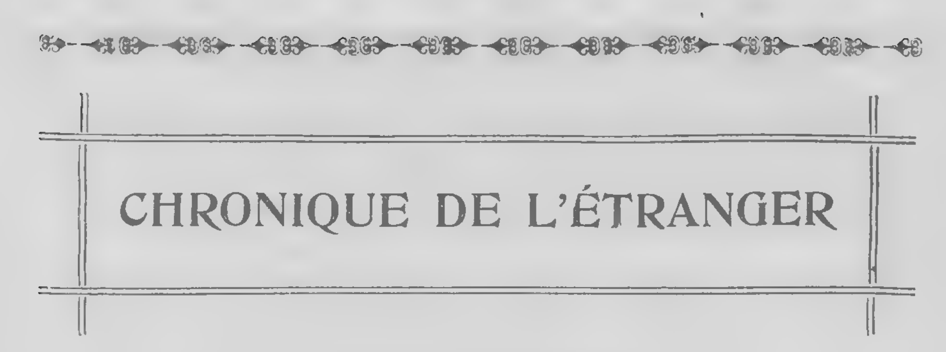
*M. Loup, président.* — Je félicite M. d'Argent de sa très intéres-

sante communication : son intérêt est prouvé par la discussion qu'elle a soulevé, et nous ne pouvons qu'adresser nos remerciements à notre confrère.

La communication de M. Martinier sur le redressement brusque est reporté à la prochaine réunion.

La séance est levée à onze heures.

*Le Secrétaire général,*
Dr Friteau.



# CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

## HYGIÈNE DENTAIRE

Au récent Congrès d'hygiène, cette question, si importante — et si négligée, a fait l'objet d'un rapport présenté par l'Association des dentistes de Belgique. Nous ne croyons pas qu'elle ait été traitée autrement. Ce rapport mérite donc l'attention à un double titre.

La recherche d'une alimentation saine et d'une atmosphère salubre entre pour une grande part dans les préoccupations modernes. On ne songe pas assez que, ces problèmes résolus, rien n'est fait si chaque bouchée que nous mettons dans la bouche, chaque bouffée d'air que nous aspirons peuvent être pour nous, grâce à une mauvaise hygiène dentaire, des causes d'infection. Et, comme le proclame, au début, le rapport susdit, « les préceptes hygiéniques, pour être vraiment efficaces, doivent être appliqués à la plus tendre enfance ». Comment l'enfant pourrait-il tirer un profit réel des aliments qu'on lui donne et se développer normalement, si la denture, l'instrument indispensable à la mastication, est vicieuse et fonctionne mal ?

Et que devient le système nerveux d'un enfant, après des jours et des nuits de souffrances provoquées par ce terrible mal qui s'appelle la « rage de dents » ?

C'est une erreur de croire qu'une bonne hygiène dentaire peut se contenter de rinçages sommaires accompagnés — même plusieurs fois par jour — de frictions à la brosse.

Ces soins, évidemment, sont nécessaires, — mais ne suffisent pas à enrayer les maux déclarés, quelque minimes qu'ils soient. Pour faire de la prophylaxie utile, il faut, avant tout, couper le mal dans sa racine, obturer les cavités des dents malades, mettre les dents en état de remplir leur office, tout en supprimant les foyers infectieux, car l'infection de la bouche peut se communiquer à tout l'organisme.

*
* *

Le bureau d'hygiène de Bruxelles, dirigé par M. Wilmart, comprenant toute l'importance de cette question, a institué un service

dentaire gratuit pour les enfants des écoles communales. Ce service fonctionne admirablement. Les écoles communales de Bruxelles comptent 12,000 élèves. La visite, à chacune d'elles, se fait deux fois par semaine, classe par classe, élève par élève. Chaque enfant est examiné. Ceux dont la denture semble exiger quelque soin sont amenés, par groupes, le jeudi, au bureau d'hygiène, où il y a un cabinet d'opérations.

*
* *

C'est en 1881 que Pasteur signala dans la salive la présence du pneumocoque, le premier de toute une série de vilains microbes auxquels la cavité buccale donne asile. Dès lors on apprécia davantage toute l'importance de l'hygiène dentaire.

Cependant, elle laisse encore énormément à désirer parmi les populations urbaines et même dans les classes élevées de la société. Dans la classe ouvrière, et surtout chez les gens de la campagne, elle est inconnue — ou peu s'en faut.

L'Association des dentistes belges mérite un chaleureux éloge pour avoir traité cette question.

Et il serait hautement désirable que l'exemple de la ville de Bruxelles fût suivi partout, que toutes les écoles du pays fussent pourvues, comme les écoles bruxelloises, d'un service spécial d'hygiène dentaire. Des services analogues devraient fonctionner dans l'armée et aussi dans les établissements industriels, particulièrement ceux où l'on manipule le phosphore, le plomb, le mercure, l'arsenic, etc.

A quoi serviraient les découvertes et les progrès réalisés au prix de tant d'efforts, si l'on n'entre pas dans une voie pratique en cherchant par tous les moyens à vulgariser l'hygiène ?

(*La Chronique*, de Bruxelles.)

# NÉCROLOGIE

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

## Dr FRANK

Nous avons le très grand regret d'apprendre la mort de notre distingué confrère, M. le Dr Johann Frank, de Vienne, survenue le 2 octobre dernier à l'âge de 61 ans.

Il était né le 18 octobre 1842 à Esseg. Sur le désir de son père, qui était un grand industriel, il étudia la médecine, quoiqu'il cultivât avec un certain succès la poésie et la musique. A l'époque de son mariage, il fut nommé médecin militaire et fit en cette qualité la campagne d'Italie de 1866; il fit partie plus tard du corps d'occupation de la Bosnie. Les maladies de la bouche et des dents l'intéressant particulièrement, il s'y consacra et s'établit chirurgien-dentiste à Vienne en 1886.

Il ne tarda pas à se signaler par ses communications scientifiques et son zèle pour les intérêts professionnels. Pour cette raison il fut nommé vice-président du Comité exécutif des chirurgiens-dentistes autrichiens, puis président de la Société des chirurgiens-dentistes viennois, ensuite vice-président de la Société centrale des stomatologistes autrichiens, à la séance de laquelle il assistait encore quelques heures avant sa mort.

Ses obsèques ont eu lieu le 5 octobre, au milieu d'une grande affluence de confrères et d'amis.

Des discours ont été prononcés sur sa tombe par le Dr Jarisch, président de la Société centrale des stomatologistes autrichiens, par le Dr Kanitz, au nom de la Société des chirurgiens-dentistes viennois, et par le Dr Götz, au nom du Corps d'étudiants Saxonia, dont il avait fait partie.

Le Dr Frank avait pris part aux Congrès dentaires internationaux de 1889 et de 1900. Il était émerveillé du succès colossal de ce dernier et son rêve était d'en organiser un semblable à Vienne.

Il était membre du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale, dont il avait soutenu la cause avec ardeur dans son pays, et il avait décidé les Sociétés d'Autriche-Hongrie à envoyer des délégués aux réunions de Londres-Cambridge et de Stockholm. Il était membre de la Commission d'hygiène, qui l'avait chargé de la rédaction du rapport discuté à Stockholm. Ce rapport, qui est le résultat d'un travail considérable, avait été précédé de l'envoi d'un

questionnaire à un grand nombre de confrères dans tous les pays. Sur son initiative, le président du Conseil des ministres d'Autriche avait adressé une circulaire à tous les gouverneurs de province et agents politiques du gouvernement sur l'hygiène dentaire scolaire.

Sa perte produira un vide considérable et sera vivement ressentie.

La Société des chirurgiens-dentistes viennois et celle des chirurgiens-dentistes autrichiens ont tenu en l'honneur de leur président et vice-président défunt le 22 octobre une assemblée générale commune à laquelle assistaient la veuve et les parents du défunt.

Le vice-président, Dr Wallisch, a ouvert la séance en prononçant l'éloge du défunt. Le secrétaire, Dr Herz-Fränkel, a communiqué les lettres, télégrammes et cartes de condoléances. Plusieurs membres des deux sociétés ont alors successivement pris la parole pour rappeler le rôle et les qualités du défunt.

Indépendamment de cette réunion plénière, chacune des deux sociétés avait tenu une séance, la première le 7 octobre, la deuxième le 8 octobre, où l'éloge funèbre du Dr Frank avait également été prononcé.

La mort frappe ainsi pour la première fois le Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale et enlève un de ceux qui avaient fondé cette Fédération et qui étaient les apôtres les plus zélés des idées qu'elle représente.

La disparition du Dr Frank inspire plus que des regrets à ses collègues du Conseil exécutif de la F. D. I. Elle leur laisse à tous la tristesse que provoque la perte d'un noble cœur, qui s'est mis au service d'une grande idée et rend impérissable dans leur mémoire le souvenir de l'affabilité d'un homme aussi sympathique.

## JONATHAN TAFT

On annonce la mort à l'âge de 83 ans de M. Jonathan Taft, survenue le 15 octobre à Ann Arbor (Michigan).

Il était né le 17 septembre 1820 à Russelville, dans le comté de Brown (Ohio). En 1841 il commença à étudier la dentisterie chez un dentiste et s'établit en 1843 à Ripley. L'année suivante il se transféra à Xenia (Ohio) où il exerça jusqu'en 1858. Dans l'intervalle il suivit les cours de l'école de chirurgie dentaire de l'Ohio, ouvert depuis peu, la seconde en date des écoles dentaires américaines et fut gradué en 1850.

En 1854 il y fut nommé professeur de chirurgie dentaire et y resta

en cette qualité jusqu'en 1879, date à laquelle il passa à l'Université de Michigan, dont il fut doyen jusqu'à ces derniers temps.

En 1856 il commença à écrire dans le *Dental Register*, dont il devint propriétaire et qu'il garda jusqu'en 1890. En 1857 il s'établit à Cincinnati, ville qu'il quitta en 1901 pour aller à Ann Arbor.

En 1859 il publia son *Text-book on operative dentistry* (Traité de dentisterie opératoire), premier livre consacré entièrement à cette partie de la science dentaire, qui a été traduit en allemand et en français.

---

## WILLIAM ASH

On annonce la mort, à l'âge de 85 ans, de M. William Ash, le 19 novembre 1903. Il avait été pendant longtemps un des associés de la maison Claudius Ash et fils, de Londres.

Nous adressons à sa famille l'expression de tous nos regrets.

---

# FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE FRANÇAISE




PARIS, 45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

## ADHÉRENTS

### GROUPES PROFESSIONNELS, ÉCOLES, SOCIÉTÉS ET JOURNAUX

*Paris.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne :

1. Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.
2. Société d'Odontologie de Paris.
3. Association générale des dentistes de France.
4. Journal, *L'Odontologie*.

2° *Groupement professionnel de l'École odontotechnique*, 5, rue Garancière :

1. Association de l'École odontotechnique.
2. Société odontologique de France.
3. Chambre syndicale de l'Art dentaire.
4. Journal, *Revue odontologique*.

3° *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, 46, rue Lafayette :

1. Syndicat.
2. Journal, *Bulletin du Syndicat*.

4° *Syndical des chirurgiens-dentistes patentés avant* 1892 *ou diplômés depuis*, 5, rue Garancière.

*Province.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Lyon*, 20, quai de la Guillottière (Lyon) :

1. Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon.
2. Société d'Odontologie de Lyon.

2° *Association des dentistes du Rhône et de la région*, 2, rue Saint-Joseph (Lyon).

3° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Bordeaux*, 226, rue Sainte-Catherine, Bordeaux.

4° *Société des dentistes du Sud-Ouest*, 10, place Fondandège, Bordeaux.

5° *Association odontologique de Bordeaux*, 32, Cours de Tourny, Bordeaux.

6° *Société des dentistes du Midi*, 55, rue Alsace-Lorraine, Toulouse.

7° *Syndical des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais*, 9, rue Nationale, Lille.

8° *Association des dentistes du Centre*, 4, chaussée Saint-Pierre, Angers.

9° *Association des dentistes de l'Est*, 33, rue de la Préfecture, Dijon.

## Avis.

Le Cours d'Esperanto annoncé à l'École dentaire de Paris ne commencera que le dimanche 20 décembre.

---

## Association des Étudiants en chirurgie dentaire.

Siège Social : 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

La *Société des Conférences* et l'*Association des Étudiants en chirurgie dentaire*, dans la séance du 9 novembre 1903, ont fusionné sous le titre d'Association des Étudiants en chirurgie dentaire de Paris.

Cette association a pour but de resserrer les liens de bonne camaraderie qui existent entre tous les étudiants en dentisterie et de s'instruire au moyen de conférences bi-hebdomadaires faites par les membres et imprimées pour être remises à chaque sociétaire.

Le Conseil de direction de l'École donne l'hospitalité à l'association et *L'Odontologie* lui accorde sa publicité.

L'association tient à la disposition de MM. les dentistes, des jeunes gens diplômés ou en cours d'études à l'école comme opérateurs ou mécaniciens.

### *Séance du comité du 9 novembre 1903.*

M. Pailliottin, président de la Société des Conférences, expose le projet de fusion.

M. Villain, secrétaire de l'Association des Étudiants fait connaître l'état de l'association.

M. Bruschera, secrétaire et M. Monin, trésorier, rendent compte de la situation de la société.

La fusion étant acceptée, on passe à l'élection du nouveau bureau qui est ainsi constitué pour l'année 1903-04 :

| | | |
|---|---|---|
| *Président :* | M. Pailliottin............ | 2e année |
| *Vice-Président :* | M. Villain................ | 3e » |
| *Secrétaire-Général :* | M. Bruschera............ | 2e » |
| *Secrétaire-Adjoint :* | M. Smadja.............. | 1re » |
| *Trésorier :* | M. Monin.............. | 2e » |
| *Conseillers :* | MM. Audry, 2e année; Carre, 1re année; Frinault, 2e année; Leveque, 2e année; Weil, 2e année; Wielhorski, 2e année. | |

### *Conférences du mois de novembre.*

| | |
|---|---|
| Os maxillaire supérieur et palatin........ | M. Frinault. |
| Anatomie externe des dents............. | M. Weil. |
| Anatomie interne des dents.............. | M. Letierce. |

---

AVIS

## COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

**Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».**

*La plupart du temps les confrères qui usent de nos* « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

*L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir* **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

23e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1903 VOL. XXX






# Travaux Originaux

## CONSIDÉRATIONS SUR LE REDRESSEMENT CHIRURGICAL

Par P. MARTINIER,

Professeur de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris.

*(Communication à la Société d'Odontologie, 3 novembre 1903.)*

On désigne, comme vous le savez, sous le nom de redressement immédiat la méthode qui consiste à régulariser au moyen du davier ordinaire ou d'un davier spécial une anomalie de direction, que la dent soit atteinte d'antéversion, de rétroversion, de torsion ou de rotation sur l'axe longitudinal de la dent.

On en distingue trois sortes :

1° La rotation brusque, c'est-à-dire le pivotement de la dent;

2° Le redressement immédiat par la luxation;

3° Le redressement chirurgical rectiligne.

La première de ces méthodes n'est applicable qu'aux incisives et aux canines de la mâchoire supérieure atteintes de rotation axile; la deuxième peut s'étendre aux prémolaires et vise l'antéversion, la rétroversion et la rotation; la

dernière n'est employée généralement que pour les incisives en rétroversion.

C'est — cela peut vous paraître bizarre — à propos d'un cas de rotation brusque pratiquée avec succès à la clinique de prothèse de cette école que l'idée m'est venue, sollicité par votre zélé secrétaire général de figurer sur l'ordre du jour de cette séance, d'ouvrir la discussion sur ce procédé de redressement, qui date cependant de Fauchard.

Depuis cette époque de nombreux auteurs l'ont combattu et il n'a été remis en honneur par quelques confrères que depuis le commencement du siècle dernier.

En effet, Tomes a préconisé ce système en recommandant d'exécuter l'opération en deux temps, puis Magitot a publié dix-sept observations de cas traités par ce procédé. Cet auteur considère que c'est le procédé de choix et il n'admet la régularisation des dents à l'aide d'appareils orthopédiques que pour les dents dont la rotation est accompagnée d'autres déviations.

Enfin David s'en est fait, comme Magitot, le partisan résolu, en conseillant toutefois la combinaison des deux méthodes : la réduction lente et progressive avec des appareils et la terminaison du traitement par le procédé chirurgical.

A la suite de Tomes, de Magitot et de David, dans chaque Congrès ou assemblée professionnelle un certain nombre de confrères ont défendu la méthode par rotation brusque ou ont préconisé d'autres méthodes basées sur la régularisation immédiate.

Je ne crois pas trop m'avancer en disant que l'immense majorité de nos confrères repousse ce moyen de redressement, et cependant on se demande comment la valeur de ce procédé peut être si souvent remise en discussion dans nos sociétés.

Il convient, à mon avis, d'en examiner impartialement les avantages et les inconvénients pour se convaincre de son peu de valeur et des rares indications qui militent en faveur de son choix.

Avant de passer à cet examen il peut être bon de rappe-

ler la façon d'opérer la rotation avec les procédés et moyens actuels.

*Mode d'opérer.* — L'âge le plus favorable est de huit à dix ans ; l'opération ne se fait naturellement que sur les dents uniradiculaires, de préférence les incisives supérieures. S'assurer, avant de commencer, qu'il y a bien la place pour la dent remise dans sa position régulière ; ne pas faire la rotation brusque s'il y a d'autres anomalies compliquant la rotation sur l'axe. Ces anomalies nécessitent, en effet, un appareil réducteur dont il vaut mieux profiter pour opérer la réduction lente et progressive de la rotation axile. Essayer par la palpation de s'assurer de la direction des racines, se rappeler que les anomalies, en particulier les anomalies de direction, s'accompagnent bien souvent d'anomalies radiculaires. Actuellement les rayons Roëntgen, avec la radioscopie ou la radiographie, nous offrent le moyen de connaître sûrement la forme des racines et les anomalies possibles.

Faire l'antisepsie de la gencive et de la dent de manière que, si la luxation complète de la dent se produit, on n'ait pas à craindre d'accidents infectieux. Pour procéder à la luxation on se sert d'un davier droit dont les mors ont été préalablement garnis de soie, de papier de verre, de lames de plomb (Tomes) ou de gaînes en caoutchouc. M. Dolamore, qui est partisan de cette méthode, a vu, au cours d'opérations pratiquées par la rotation, la dent sauter hors de l'alvéole.

Pour remédier à cet accident, il place sous les mors du davier un morceau de caoutchouc ordinaire, d'une dimension suffisante pour reposer sur le bord tranchant de la dent. Quand on enfonce le davier, la pression du caoutchouc sur le bord libre de la dent l'empêche de sauter. La dent est saisie solidement au niveau du collet et on lui imprime lentement, mais fermement, un mouvement de rotation dans le sens de la réduction. Il faut bien éviter de faire des mouvements de latéralité qui déchireraient les adhérences liga-

menteuses et pourraient produire l'extraction de la dent ; il est parfois utile, lorsque la rotation est très accusée, de changer de place les mors du davier avant que la réduction soit complète, afin de pouvoir achever l'opération. Dépasser un peu le but, car les fibres ligamenteuses tiraillées ont tendance à faire revenir la dent en arrière, ce qui la remet ainsi à sa place normale.

Parfois, chez les sujets âgés où la luxation est difficile, on a intérêt à pratiquer l'opération en deux séances, séparées par un intervalle d'une quinzaine de jours.

La douleur est assez intense et rappelle celle de l'extraction, mais on peut l'atténuer et même la faire disparaître complètement au moyen d'une injection de cocaïne à 1 pour 100.

La dent est mobile à la suite de cette opération ; il faut la fixer dans sa nouvelle place au moyen d'un appareil de maintien très simple, ordinairement une coiffe de gutta-percha ou de digue, un fil de platine, etc.

Certains praticiens prennent, quelques jours avant l'opération, une empreinte de la bouche, corrigent sur le modèle l'irrégularité et confectionnent un appareil de maintien qu'ils posent immédiatement après l'opération. Au bout de quelques jours les phénomènes inflammatoires qui ont pu se produire ont disparu et tout rentre dans l'ordre.

Cette méthode a-t-elle des avantages ? Certainement oui. Faire en une ou deux séances le même travail qu'un appareil bien combiné en plusieurs mois et supprimer du même coup l'appareil de maintien que le patient devra porter encore longtemps pour maintenir la dent en place et assurer un résultat définitif, ce sont là des avantages incontestables que Magitot apprécie ainsi :

« La luxation brusque a pour effet de rétablir immédiatement la régularité de l'arcade dentaire, et c'est de la sorte qu'après une douleur très supportable, une gêne légère de quelques jours, on obtient la guérison définitive de la difformité.

» Cette opération assez délicate, bien que facile, donne à

peine lieu à un léger écoulement de sang; jamais de récidives, jamais d'accidents consécutifs ; du moins nous n'en connaissonspas. D'une innocuité presque absolue, elle offre de tels avantages sur l'emploi des appareils orthopédiques que nous n'hésitons pas à conseiller l'abandon de ces derniers. »

Si nous prenons au pied de la lettre l'appréciation de Magitot, nous donnerons sans conteste la préférence à cette méthode; mais si nous examinons consciencieusement d'autre part ses inconvénients, il n'en sera plus de même.

Plusieurs défenseurs de la méthode ont émis sur l'opération elle-même des avis qui doivent nous faire réfléchir.

Pour les uns, la rotation brusque est une extraction incomplète; pour d'autres, elle n'est efficace que si les ligaments inter-alvéolaires sont rompus. C'est dans ce cas une sorte de greffe de la dent, et nous connaissons l'incertitude des résultats définitifs de la greffe.

Mais, en dehors de ces appréciations, l'opération chirurgicale n'a-t-elle pas des complications ou ne peut-elle pas provoquer d'accidents opératoires?

On peut, à mon avis, diviser les accidents possibles en accidents ou complications immédiats et en accidents ou complications éloignés.

Les accidents immédiats sont :

1° L'extraction involontaire (plus ou moins complète), accident des plus fréquents, d'après les partisans eux-mêmes de la méthode brusque;

2° La fracture d'une des parties de la dent, couronne ou racine, à cause de la forme irrégulière de la racine, irrégularité qu'il n'est pas toujours possible de constater avant l'opération;

3° La fracture du bord alvéolaire, si c'est la racine qui a résisté dans le cas précédent;

4° L'élongation de la dent par suite : 1° de la configuration interne de l'alvéole, qui n'est plus en rapport avec la forme de la racine; 2° de la réaction des ligaments rompus, qui sont comprimés dans certains endroits.

Enfin, à ces inconvénients graves il convient d'ajouter

quelques complications de moindre importance, telles que l'éraillure de la dent redressée ou de ses voisines, la déchirure des tissus mous au niveau du collet de la dent, la réaction inflammatoire à tous ses degrés.

Les accidents éloignés résultent tous du traumatisme subi par la dent, traumatisme qui détermine le plus fréquemment sa mortification dans un temps plus ou moins rapproché.

Cette mortification peut avoir pour cause également soit la rupture, soit la torsion du faisceau vasculo-nerveux qui se produit à l'apex de la racine lors du mouvement de régularisation.

Cette torsion provoque en effet une oblitération de l'orifice des vaisseaux qui entraîne presque toujours la mortification pulpaire.

Ajoutons toutefois que chez les enfants l'apex plus large que chez l'adulte rend cette complication fréquente moins redoutable.

Mais, tous ceux qui, comme moi, ont pu constater les conséquences éloignées de traumatismes moins violents que celui dont nous parlons sur certaines dents de l'enfant, sont d'avis que dans l'immense majorité des cas l'opération de la rotation brusque est presque toujours suivie de mortification de la dent avec toutes ses conséquences.

Il est bien entendu que pour cette opération, comme pour nombre d'autres de notre domaine, le terrain, c'est-à-dire l'état général du sujet, doit être favorable et qu'il entre pour une large part dans les résultats obtenus.

Les accidents ou complications dont nous venons de vous entretenir sont si importants, ils mettent l'opérateur dans une situation si pénible en cas d'insuccès qu'il n'est pas nécessaire de nous étendre longuement pour repousser la plupart du temps ce procédé de régularisation.

Les quelques indications que nous pouvons admettre seraient celles qui résulteraient de l'éruption incomplète d'une dent et de l'impossibilité pour le praticien de la régulariser à l'aide d'appareils orthopédiques, ou bien encore l'éloignement du sujet qui ne lui permettrait pas de venir voir le pra-

ticien aussi souvent que l'exigent les appareils orthopédiques. Mais dans ce cas l'opération ne devra être pratiquée qu'après avoir bien éclairé les parents sur ses risques et ses dangers et en leur en laissant toute la responsabilité.

Toutefois, signalons en passant l'indication étrange de cette méthode que nous trouvons dans un compte rendu d'une des séances du Congrès de médecine de 1900 (Section de Stomatologie), au cours de laquelle un de nos confrères stomatologistes s'exprimait ainsi : « Nous sommes ici docteurs en médecine, et chaque fois qu'il est possible il nous faut donner la préférence à l'opération chirurgicale. »

Je n'ajouterai rien à la saveur de cet argument, me contentant de vous le signaler comme une indication bien originale de la méthode.

Je ne dirai que quelques mots du procédé de redressement immédiat par la luxation et du redressement chirurgical rectiligne.

Le premier consiste à sectionner l'alvéole dans sa hauteur, des deux côtés de la dent à déplacer, à l'aide de scies circulaires montées sur le tour, puis, à l'aide du davier ou de pinces spéciales, d'attirer en dehors ou de pousser en dedans la dent ou les dents à déplacer ; on peut également la faire pivoter sur elle-même.

Le but à atteindre est donc le déplacement de chaque dent dans son alvéole entier, fracturé au-dessus de l'apex de la racine.

Les accidents immédiats ou éloignés sont les mêmes que pour la méthode précédente. Ils revêtent cependant un caractère de gravité plus grand en raison des désordres plus considérables qu'occasionne l'opération par elle-même.

Nous sommes donc nettement opposé à ce procédé, qui ne trouve pour nous jamais d'indication.

Le redressement chirurgical rectiligne est une opération pratiquée par Fauchard, perfectionnée par Bourdet, qui a été reprise et préconisée par M. Siffre il y a quelques années.

Ce procédé de redressement immédiat consiste en un dé-

placement de 1 millimètre ou 2 du collet de la dent à régulariser. Notre confrère prétend que, la position de l'apex radiculaire restant la même, l'organe pulpaire peut difficilement être lésé, et que sa vitalité doit rester intacte. L'opération se pratique sur les incisives supérieures seulement et le plus tôt possible après l'éruption. Elle s'adresse aux anomalies de direction par rétroversion.

Le manuel opératoire en est fort simple : il consiste à garnir d'ouate les mors du davier droit spécial aux incisives et à placer bien exactement ces mors au collet de la dent à redresser, sans enfoncer le davier. La traction devra être lente, ferme et progressive, pratiquée sans secousse, d'arrière en avant, en poussant très légèrement la dent dans son alvéole. On devra se garder de faire subir à la dent le moindre mouvement de rotation axile. La dent sera avancée en ligne droite du point qu'elle occupe à celui qu'on veut lui faire occuper.

Dès que les ligaments alvéolaires postérieurs sont rompus, la résistance cesse immédiatement et il se produit une très légère hémorragie.

Quand on pense que la dent est en bonne position, on retire le davier et l'on fait fermer la bouche au patient pour constater le résultat et s'assurer si l'engrènement est devenu normal à l'état d'occlusion.

Avec ce procédé les appareils de contention sont rarement nécessaires, les dents antagonistes formant opposition au retrait de la dent dans sa position primitive.

Nous ne partageons pas du tout l'opinion émise par notre confrère M. Siffre, lorsqu'il déclare que la position de l'apex radiculaire reste la même ; nous savons, en effet, aujourd'hui que le point d'immobilité de la racine, c'est-à-dire le centre de la circonférence dans le mouvement ordinaire qu'on fait subir à la couronne, n'est pas l'apex, mais bien un point de la racine situé près de l'apex, ce qui a pour conséquence, lorsqu'on déplace la couronne dans un sens ou dans un autre, de déplacer également l'apex d'une quantité moindre dans le sens opposé à la direction imprimée à la couronne.

L'organe pulpaire situé à l'apex de la racine peut donc dans ce cas être comprimé, tiraillé et lésé et la vitalité de la dent compromise dans l'avenir.

La rupture des ligaments alvéolaires postérieurs n'est pas non plus la seule conséquence de l'intervention, et la fracture du bord alvéolaire antérieur doit l'accompagner fréquemment.

Nous n'en voulons pour preuve que le procédé perfectionné, préconisé plus récemment par M. Aguilar, de Madrid, qui, pour limiter cette fracture à son minimum et occasionner le moins de dégâts possible, sectionne la gencive et la paroi alvéolaire de chaque côté de la dent à redresser pour en diminuer la résistance.

Enfin le davier simple qu'emploie M. Siffre peut causer des accidents de moindre importance tels que la fracture de l'émail du bord libre de la dent, qui n'en seront pas moins des accidents fâcheux.

Nous sommes opposé à l'emploi de cette méthode pour la simple raison que nous allons indiquer : nous croyons les complications ou accidents opératoires fréquents, et, quand on peut affirmer que *dans tous les cas* les mêmes résultats seront obtenus à l'aide d'appareils orthopédiques en quelques séances (4 ou 5 au plus), sans avoir à redouter la moindre complication, il doit être acquis que les moyens orthopédiques sont infiniment supérieurs aux moyens chirurgicaux pour corriger cette irrégularité et qu'aucune indication de cette méthode ne peut être formulée en faveur de son application.

Maintenant que nous avons étudié rapidement les différentes méthodes de redressement chirurgical, il nous reste, avant de tirer des conclusions, à vous présenter l'observation et les modèles, avant et après la réduction, d'un cas de rotation que nous avons opéré par la méthode immédiate à la clinique de cette école. Vous jugerez par vous-mêmes des résultats obtenus.

*Observation.* — Au commencement d'octobre 1901, le

jeune G..., âgé de 7 ans 1/2, se présenta à la clinique de l'École dentaire de Paris, se plaignant qu'une dent lui gênait la langue.

A l'examen de la bouche, on constata que la gêne était provoquée par une dent supplémentaire conique qui avait évolué à la partie médiane du maxillaire supérieur entre les deux incisives centrales. L'extraction nous parut indiquée; elle fut pratiquée séance tenante.

L'incisive permanente centrale gauche avait évolué complètement, mais celle du côté opposé venait seulement d'apparaître et semblait se trouver dans une position anormale.

En interrogeant le père du sujet et en examinant sa bouche, on remarqua la même anomalie située au même endroit.

L'enfant était de constitution plutôt chétive et le faciès était nettement celui des adénoïdiens.

Nous le renvoyâmes, en recommandant au père de nous le ramener quelque temps après.

Après avoir subi une ablation de végétations adénoïdes en janvier 1902, le jeune G... revint nous voir pour se faire redresser l'incisive supérieure droite, qui était en rotation sur l'axe à 45°, mais, vu son état général, on lui dit de revenir après les vacances, qu'il devait passer à la campagne.

Au mois de novembre de la même année, il se présenta de nouveau et, à l'examen, nous constatâmes que la dent dont l'éruption n'était pas terminée présentait une grande difficulté pour sa régularisation à l'aide des moyens orthopédiques.

C'est alors que nous songeâmes à la rotation brusque.

Nous fîmes d'abord radiographier la dent, mais cette opération ne put donner de renseignements précis, la différence de calcification n'étant pas assez tranchée entre la portion radiculaire et la partie antérieure du maxillaire. Une autre cause venait encore faire obstacle à la réussite de la radiographie : la forme plate du palais, qui ne permettait d'obtenir qu'une ombre projetée de la racine. Néanmoins on pouvait très bien constater que la forme de la racine ne présentait rien d'anormal. C'était là le point important.

Nous conclûmes donc que rien ne s'opposait à la rotation brusque. Avant de nous y décider, nous mîmes les parents au courant de la situation, en les éclairant bien sur les con-




Fig. 1. — Modèle pris avant la régularisation chirurgicale.

séquences possibles de l'opération que nous leur offrions de tenter. Leur autorisation obtenue, nous prîmes une empreinte et nous fîmes exécuter un appareil de rétention en




Fig. 2. — Modèle pris après la régularisation chirurgicale, l'incisive redressée se trouve en antéversion.

métal destiné à maintenir la dent dans sa position normale après l'opération.

Lorsque cet appareil fut confectionné, nous convoquâmes le sujet et, le 8 janvier dernier, après avoir fait l'antisepsie

du champ opératoire et pratiqué quelques injections de cocaïne, nous opérâmes.

Nous nous sommes servi du procédé préconisé par Dolamore et nous avons garni les mors de notre davier d'un morceau de digue de caoutchouc faisant étrier sur le bord libre de la dent, de manière à éviter l'extraction.

Nous exagérâmes légèrement le mouvement de rotation et nous fûmes assez heureux pour ramener facilement la dent en bonne position sans occasionner la moindre douleur à l'enfant.

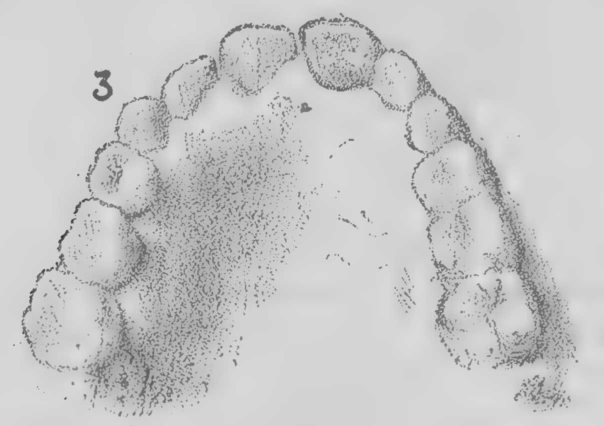



Fig. 3. — Modèle pris pendant la régularisation prothétique de l'incisive en antéversion.

Mais, l'opération terminée, une difficulté inattendue surgit :

La dent se trouvait en antéversion très accentuée et l'appareil de maintien dut être, pour cette cause, modifié sur place et fixé à la gutta-percha.

La radiographie faite de face et avec les imperfections signalées plus haut n'avait pas attiré notre attention sur cette complication.

Nous fîmes construire immédiatement un autre appareil de maintien basé sur la direction nouvelle de la dent et composé de trois coiffes métalliques soudées entre elles, qui fut scellé au ciment quelques jours après.

La cavité buccale fut soumise à une hygiène rigoureuse et nous ne pûmes constater la plus légère complication.

Pas de douleur post-opératoire, une consolidation très rapide ; lorsque, après une quinzaine de jours, nous enlevâmes l'appareil, la dent n'offrait pas la moindre sensibilité à la percussion.

Le 12 février un autre appareil fut appliqué pour faire rentrer la dent au niveau de l'arcade et, quinze jours après, la dent occupait la place régulière dans l'arcade dentaire.

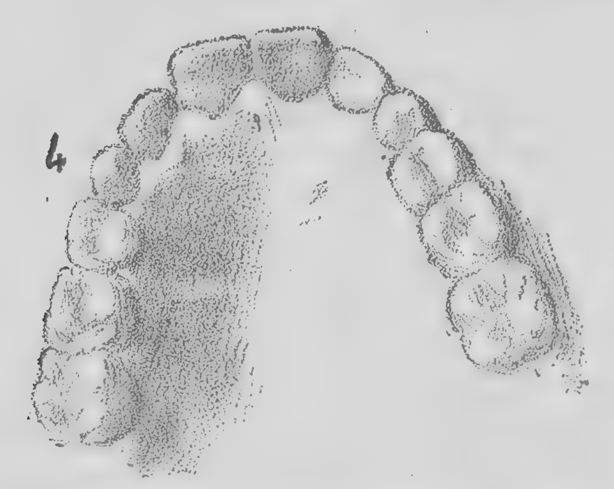



Fig. 4. — Modèle pris à la fin du traitement prothétique.

*Conclusions.* — Nous nous trouvons en présence d'un cas éminemment favorable et qui nous a donné un brillant résultat opératoire.

Je l'ai entrepris à l'aide du traitement chirurgical pour deux raisons : la première, parce qu'il offrait une indication formelle de la méthode ; la seconde, parce que, le cas étant propice, je voulais démontrer aux élèves de cette école cette opération préconisée par des maîtres incontestés.

Mais, malgré ces résultats opératoires des plus satisfaisants, je voudrais les mettre en garde, ainsi que mes confrères hésitants, contre ces succès qui paraissent incontestables et qui cependant, en ce qui concerne l'avenir de la dent, ne nous laissent pas sans inquiétude.

Je le répète, les conséquences éloignées des traumatismes sur les dents sont trop fréquentes, nous avons si souvent

l'occasion d'en constater que nous devons éviter à tout prix la brusquerie d'une intervention de ce genre.

Mieux vaut un résultat certain et sans complication possible avec les méthodes lentes, malgré l'ingratitude de la tâche, que le brillant résultat opératoire lorsqu'il est atteint, comme dans ce cas, qui vous laisse la conscience inquiète quant aux résultats définitifs.

Et je terminerai cette trop longue communication en déclarant de nouveau que la méthode chirurgicale est un procédé dangereux, auquel il ne faut recourir que lorsqu'on a acquis la certitude que les appareils orthopédiques et la méthode lente sont ou impuissants ou inapplicables.

# PRÉSENTATION D'UN MASQUE ANESTHÉSIQUE POUR L'ADMINISTRATION DU « SŒMNOFORME »

## *Modification de la technique originale. Résultats obtenus.*

Par le Dr Rolland,

Professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

*(Société d'Odontologie de Paris, séance du 3 novembre 1903.)*

En décembre 1901 j'ai présenté devant la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux ma technique d'administration de sœmnoforme qui consistait en un appareil composé d'un mouchoir ordinaire, dans les plis duquel je mettais un morceau de papier parcheminé : le tout était replié en forme de cornet et fixé par une pince de cravate ou une épingle de sûreté. Je plaçais dans le fond du cornet un morceau de ouate fermant ainsi hermétiquement l'extrême bout pointu du cornet. D'une bouteille de sœmnoforme suspendue à ma boutonnière, et ayant son distributeur vissé en place, je projetais 5 c. c. de l'anesthésique sur la ouate dans le fond du cornet; j'appliquais le mouchoir sur la figure du sujet et l'y maintenais de manière à limiter le plus possible l'infiltration de l'air. Ce procédé donnait des résultats excellents sur des sujets bien disposés et favorables à l'anesthésie générale ; mais l'application hermétique étant nécessaire, et le peu de profondeur du cornet fournissant peu de volume d'air, les personnes nerveuses et craintives cherchaient souvent à arracher le cornet dès la seconde respiration à cause de l'étouffement. Dans d'autres cas, le cornet, ayant été mal fait ou mal appliqué, laissait passer trop d'air : les sujets ne s'endormaient pas complètement et souvent entraient dans un état de surexcitation accentué ; ces incidents survenaient surtout chez les hystériques, les alcooliques, les tabagiques, etc., etc...

Un de mes confrères et amis, M. Field Robinson, de Bordeaux, qui s'était toujours fort occupé d'anesthésie, fut

très intéressé par ma technique lorsqu'il la vit appliquer dans la clinique de l'École dentaire de Bordeaux.

Il remarqua l'immense supériorité de ce genre d'anesthésie sur toutes les anesthésies employées pour des opérations de courte durée, comme l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Il remarqua en même temps quelques imperfections dans cette technique et s'occupa d'y remédier.

M. F. Robinson et moi nous essayâmes d'abord l'emploi du cornet du Dr de Crésantignes. La méthode du Dr de Crésantignes consiste à se servir d'une vessie fixée sur deux cônes métalliques qui sont passés à travers un cornet formé par un mouchoir.

Cette méthode, nécessitant toujours la préparation d'un cornet, ne faisait pas disparaître, pour beaucoup de médecins et de dentistes, la difficulté de bien faire le cornet et de l'ajuster bien hermétiquement sur la face. Nous n'abandonnâmes pas la modification de de Crésantignes dans sa totalité, et nous prîmes le parti de conserver le réservoir d'air, la vessie qui supprime la soif d'air signalée par le Dr de Crésantignes, dans le travail qui fut présenté à la Société d'Odontologie et à l'Académie de médecine de Paris.

Nous pensâmes qu'il serait possible de faire disparaître tout inconvénient en employant un masque. Nous en fîmes fabriquer un et nous l'essayâmes sur des personnes de notre clientèle, qui, par leurs récits intelligents, nous firent connaître leurs impressions. L'application hermétique et automatique de notre masque sur la face du patient est assurée par une bande de caoutchouc formant tube pneumatique. La sensation pénible d'étouffement, la soif d'air disparaît parce que nous ajoutons à l'autre extrémité du masque un sac formé d'une vessie stérilisée ou un ballon en caoutchouc. L'un ou l'autre forment ainsi un réservoir d'air dans lequel le malade doit expirer tout l'air supplémentaire emmagasiné dans son poumon par une forte inspiration et le retrouver ensuite, mais chargé de l'anesthésique projeté dans le masque suivant la méthode du Dr de Crésantignes.

*Présentation et explication du masque.*

Désirant réaliser à la fois et en même temps les avantages attendus d'un masque qu'on peut nettoyer, stériliser absolument et qui donnerait en plus l'assurance d'une absence d'étouffement, M. F. Robinson et moi nous avons combiné le masque que j'ai l'honneur de présenter pour l'administration du sœmnoforme ou du chlorure d'éthyle.

M. le Dr Gendron, fabricant d'instruments, à Bordeaux, a fort habilement et même fort élégamment exécuté les plans qui lui furent donnés.

Notre masque est tout entier en verre et porte sur son côté une boîte métallique qui s'ouvre (Voir fig. 1 et 2). Quand

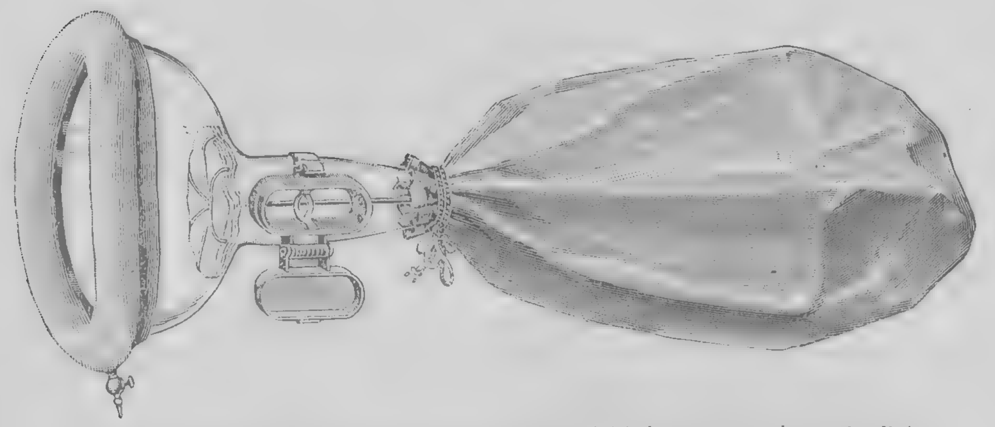


Fig. 1 représentant le masque avec une vessie stérilisée comme réservoir d'air.

avec le pouce gauche on appuie sur un ressort, le couvercle se déplace vivement, exposant deux barres en métal dans l'intérieur de la boîte et qui servent à briser les ampoules en verre contenant des doses exactes de sœmnoforme, soit 3 ou 5 centimètres cubes.

L'adaptation hermétique du masque sur la face est obtenue et assurée par une bande pneumatique de deux grandeurs : l'une pour adultes, l'autre pour enfants.

A l'autre extrémité du masque de verre est appliqué un ballon en caoutchouc (V. fig. 2), ou ce qui semble préférable

une vessie stérilisée (V. fig. 1), récipient peu coûteux, commode et facilement renouvelable.

Un fil métallique taraudé traverse l'intérieur du masque et est fixé par une vis à l'extrémité du masque où l'on applique la vessie ou le ballon en caoutchouc. Son but est de retenir en place un diaphragme, composé de 6 ou 8 épaisseurs de gaze aseptique, placé immédiatement en avant de la boîte métallique. Sur ce diaphragme on peut projeter soit le sœmnoforme soit le chlorure d'éthyle ; cette projection peut être faite sur l'une des deux faces, suivant que le jet de liquide est dirigé dans le fond de la partie évasée du masque ou par l'intérieur de la boîte métallique latérale. Tout excès de liquide est absorbé par ce diaphragme qui arrête, en outre, les bouts de verre qui viennent des ampoules brisées entre les barres métalliques et les empêche de pénétrer dans la bouche.

La manipulation est aussi simple et facile qu'il est possible.

Le masque étant placé dans la main gauche, on pousse avec le pouce sur le ressort : le couvercle s'ouvre. On brise alors l'ampoule en dirigeant le jet vers la vessie. Si l'on emploie le sœmnoforme en bouteille, on asperge les parois du masque par l'intérieur de la boîte métallique. Lorsque le liquide anesthésique a été ainsi projeté, avec les doigts de la main gauche on ferme le couvercle et l'on applique alors le masque sur la face.

### *Avantages et résultats pratiques.*

Indépendamment de la possibilité de contrôler et de surveiller la respiration du sujet par le gonflement et dégonflement du ballon ou de la vessie suivant les mouvements respiratoires, indépendamment de la certitude de produire une anesthésie, même quand le masque est dans les mains d'un praticien peu expérimenté en matière d'anesthésie, notre masque a les avantages suivants, qui ne se trouvent pas dans les masques ordinaires que nous connaissons.

Ces avantages sont :

1° De pouvoir, à travers le masque en verre, voir et le bâillon et la bouche. Si le bâillon se déplace, on le voit immédiatement, on y remédie aussitôt, et l'on continue et complète l'anesthésie;

2° D'observer la couleur de la muqueuse des lèvres et de la peau de la partie de la face couverte par le masque ;

3° L'adaptation automatique et absolument hermétique sur la face grâce à la bande pneumatique;

4° La possibilité de stériliser le masque et ses parties

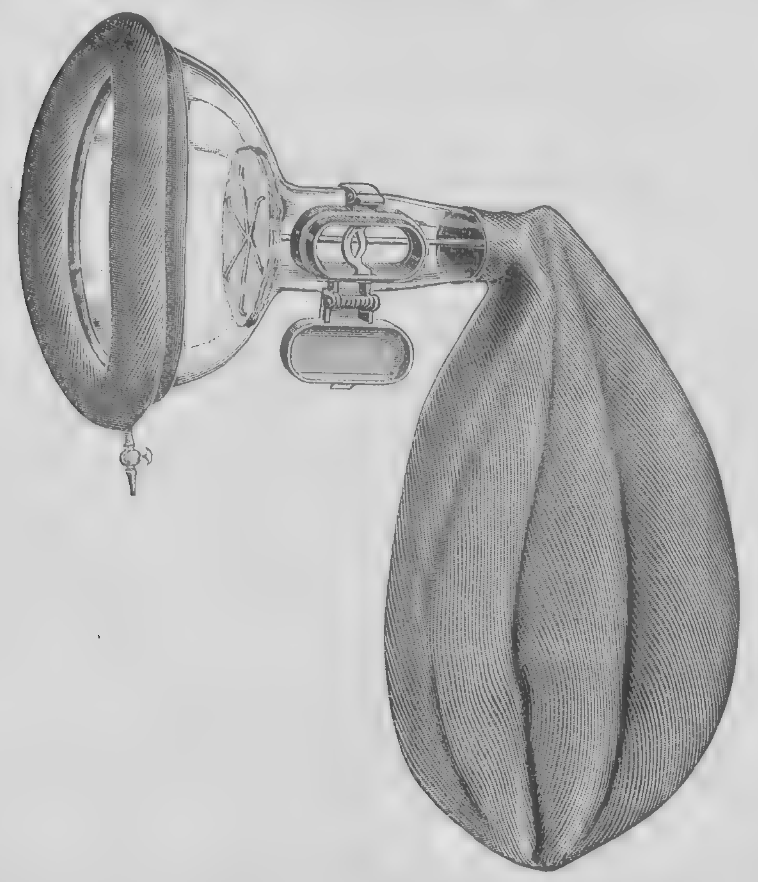


Fig. 2 représentant le masque avec un sac en caoutchouc comme réservoir d'air. La boite métallique est ouverte et les barres contre lesquelles on brise les ampoules sont exposées.

métalliques en les immergeant dans une solution de 1/1000 de cyanure de mercure, de brûler et remplacer pour une

dépense dérisoire le diaphragme et la vessie. On a ainsi un masque complètement aseptique pour chaque cas nouveau.

L'importance de cette possibilité d'asepsie d'un masque est énorme, et nous ne saurions trop y insister, parce qu'elle constitue un progrès immense sur les appareils dans lesquels tous les sujets respirent et risquent toutes les contagions.

5° L'emploi des ampoules scellées à la flamme contenant non seulement des doses exactes, mais aussi un produit dont l'homogénéité est assurée et n'est altérée ni par le temps ni par la température ou le climat;

6° La disparition ou l'atténuation des sensations d'étouffement, grâce au réservoir d'air.

7° L'augmentation de l'intensité de l'anesthésie, par l'utilisation totale de tout l'anesthésique employé, saturant l'air emmagasiné dans l'appareil maintenu hermétiquement sur la face.

Les résultats pratiques sont intéressants.

On trouvait que le temps moyen nécessaire pour produire l'anesthésie sur deux cents personnes endormies par la technique du mouchoir était de 40 secondes et la durée de l'anesthésie de 50 secondes. Sur cinq cents cas dont les observations ont été prises chronomètre en main, on trouve que par *l'emploi du masque et des ampoules de 3 c. c. et 5 c. c.* selon le tempérament ou l'âge du sujet, on obtient l'anesthésie dans le temps moyen de 30 secondes et que la durée est en moyenne de 78 secondes.

C'est grâce à l'emploi de ce masque que le Dr Friteau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, obtient des anesthésies d'une minute et d'une minute 1/2 avec 2 c. c. de chlorure d'éthyle et de sœmnoforme. M. Robinson a constaté récemment, dans le service de notre confrère parisien, deux anesthésies d'une durée de 1 minute 45 secondes obtenues : l'une, chez un homme adulte et vigoureux, avec 2 c. c. de chlorure d'éthyle ; l'autre, chez une jeune femme, d'apparence robuste, avec 2 c. c. de sœmnoforme.

Notre masque permet donc une économie du produit anesthésique, sans diminuer sensiblement la durée de la narcose ; ce n'est pas là son moindre avantage.

### *Technique.*

Au lieu de tenir le masque hermétiquement appliqué sur la figure du sujet depuis le commencement des respirations, jusqu'à la production de l'anesthésie complète, il est préférable, après les deux premières respirations, soit d'ouvrir la boîte métallique pour permettre à l'air de pénétrer sans déplacer le masque de la face, soit d'enlever le masque complètement et de prier le sujet de respirer profondément l'air pur.

Après la seconde bouffée, on réapplique très hermétiquement le masque et on le maintient solidement en place, jusqu'au moment de l'anesthésie absolue qui est indiquée, soit quand le bras levé tombe flasque, soit quand le réflexe conjonctival est aboli.

Telles sont les règles générales de notre technique spéciale. Ces règles gagneront à être revues et étudiées par les anesthésistes compétents qui emploieront le nouveau masque et apporteront ainsi les résultats de leurs recherches à nos modestes investigations.

---

Ouvre-bouche ou baillon de Brunton, modifié par M. F. Robinson, présenté a la Société d'Odontologie, de Paris, par le Dr Rolland, le 3 novembre 1903.

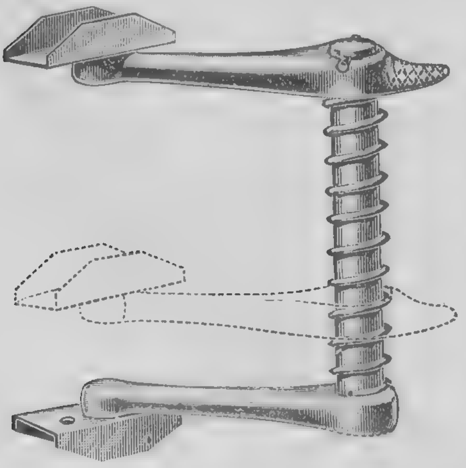
L'ouvre-bouche ou bâillon, mots qui sont tous les deux impropres, car le petit appareil que nous présentons n'a pour fonction que de maintenir la bouche ouverte pendant l'anesthésie, est une des conséquences de la pratique nouvelle de la narcose dans les rapides interventions dentaires. A des techniques autres que les techniques passées viennent répondre des appareils nouveaux.

L'ouvre-bouche que voici est une modification apportée par M. Robinson à celui de M. Brunton, de Leeds.

Il est plus léger et plus facilement stérilisable que celui de M. Brunton.

Sa forme générale est celle d'un E majuscule dont le trait médian n'existerait pas.

Il se compose essentiellement d'une tige cylindrique rectiligne creusée d'une gouttière dans sa partie postérieure. Cette gouttière l'arrête, en haut, à deux millimètres environ du sommet, et dans ces deux millimètres le cylindre devient plein.



Cette gouttière a pour but de loger dans son intérieur une petite vis qui, arrivée à l'extrémité de sa course, butte contre le rebord plein du cylindre, limite les mouvements de bas en haut d'une tige qui est perpendiculaire à la tige cannelée dont nous venons de parler.

Cette tige nouvelle présente en deça de la première tige, du côté de la gouttière, une petite partie étranglée, puis renflée qui constitue la vis déjà signalée. Elle présente un

anneau qui reçoit la tige première et se meut sur elle dans toute sa moitié supérieure en repoussant dans la moitié inférieure les spires d'un ressort à boudin qui entoure également la tige.

La tige sur laquelle cet anneau est creusé se prolonge de 27 millimètres et porte à son extrémité supérieure un plateau dont deux des bords sont relevés.

Nous signalons que ce plateau tourne autour d'un pivot central. Sur le prolongement et à égale distance de ce pivot se trouvent deux trous, par lesquels on peut coudre sur le plateau au moyen d'un fil un morceau de caoutchouc plus ou moins épais, par exemple un morceau de tuyau de caoutchouc à gaz.

A l'autre extrémité se trouve une autre tige parallèle à la précédente, mais fixe, supportant un plateau semblable, recouvert de caoutchouc, comme le précédent.

Le mécanisme de l'instrument est des plus simples. Dans la position normale, une tige est perpendiculaire et deux tiges horizontales sont parallèles. Ces deux tiges s'éloignent ou se rapprochent suivant les besoins. Il suffit de presser dans l'axe de la tige perpendiculaire. Le ressort à boudin dont l'élasticité est contrariée tend toujours à repousser les deux tiges horizontales ; de ce fait, quand les plateaux sont placés entre les dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure, ils sont maintenus sans violence contre les dents et s'opposent totalement à la fermeture de la bouche parce que la tige horizontale, pressée par une de ses extrémités, ne presse pas dans l'axe de la tige verticale.

Comme ces plateaux sont mobiles, tout l'appareil tourne autour d'eux : aussi suffit-il de donner un coup de doigt à l'appareil pour dégager totalement le côté de la bouche sur lequel on veut opérer.

Signalons enfin que l'appareil, tout en métal, est parfaitement stérilisable, et que, les caoutchoucs des plateaux étant interchangeables, l'appareil est, dans son ensemble, d'une antisepsie facile et parfaite.

## QUELQUES-UNES DES CAUSES DE L'IRRÉGULARITÉ DES DENTS. CONSEILS POUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF OU PRÉCOCE.

Par E. A. BOGUE, de New-York.

*(Communication à l'Institut de Stomatologie de New-York, 3 mars 1903.)*

Depuis que la dentisterie a été reconnue comme une science, on s'est efforcé de corriger les irrégularités de position des dents. Quelques-uns de ces efforts ont été couronnés de succès, d'autres d'insuccès ; mais aucun des ouvrages sur cette question ne semble avoir clairement expliqué la raison de ces succès et de ces insuccès. Il est donc nécessaire d'examiner les causes des irrégularités pour pouvoir comprendre les principes auxquels est subordonnée la réussite de leur *traitement*.

J'emploie le mot *traitement* dans son sens original : soins, ligne de conduite, marche suivie.

On doit se rappeler que nous sommes composés de deux moitiés, et que ces deux moitiés s'unissent pour former la créature parfaite.

Pendant le processus de développement une cause très légère peut produire comme effet une grande déviation du type normal. Par exemple, la pression du maxillaire inférieur d'un enfant dans l'utérus suffit, si elle se produit dans le maxillaire supérieur et tout près au-dessous, pour amener une fissure congénitale et séparer largement les deux moitiés du maxillaire supérieur.

La peuve en est, suivant Brophy, que quand les moitiés séparées sont rapprochées par son opération de staphylloraphie, le maxillaire supérieur se trouve en rapport approprié avec l'inférieur, et l'éruption des dents a lieu presque suivant des lignes normales.

Si l'on demande ce que sont des lignes normales, nous répondons par la conclusion du D[r] Cryer dans son ouvrage récent : « L'idée d'une forme typique invariable en anatomie

est fausse. » Si l'on pouvait trouver ou imaginer un os typique et examiner mille os naturels, il est possible, mais douteux, de rencontrer dans ces mille deux ou trois os correspondant exactement au type.

Si donc nous entreprenons d'étudier les dents humaines et de comprendre ce que sont les dents normales dans leurs positions normales et dans leurs rapports entre elles, il nous faut examiner un grand nombre de dents (ou des modèles de celles-ci) aussi régulières dans leur formation et leur disposition que cela est possible.

Je ne présenterai qu'un spécimen qui représente autant que cela se peut une denture parfaite.

Les traits caractéristiques principaux de la denture parfaite y sont cependant tous réunis autant qu'il en est besoin pour le but que nous poursuivons. Les courbes principales, corrélatives à l'application du plus grand degré de force dans la mastication sans nuire à ces organes, s'y trouvent. L'inclinaison vers la langue des molaires inférieures pour qu'elles engrènent convenablement avec les molaires supérieures et constituent leurs antagonistes, celles-ci étant implantées dans une mâchoire plus petite que la mâchoire inférieure, s'y rencontre aussi, ainsi que l'inclinaison en dehors de ces molaires supérieures.

Les courbes d'avant en arrière s'y voient distinctement et toutes ces courbes ont une utilité pratique si l'on considère la forme et la structure des dents.

Blainville (Owen, p. 515), dans son *ostéographie des vertébrés*, appelle les bicuspides les *prémolaires*, les premières molaires permanentes les *principales molaires*, et les autres deux dents derrière celles-ci les *post-molaires*. Il ajoute : « Une autre caractéristique de la molaire principale de l'homme est sa position, car elle est implantée au-dessous de la racine du procès zygomatique du maxillaire supérieur. »

C'est surtout de cette molaire principale que nous avons à nous occuper aujourd'hui ; j'appellerai donc votre attention particulièrement sur elle.

Comme le maxillaire inférieur se développe le premier, et habituellement les dents inférieures en même temps, nous commencerons par remarquer que la première molaire inférieure normale a sur sa face externe ou buccale trois pointes ou tubérosités et deux sur la face interne ou linguale.

La molaire supérieure en a deux sur chaque face. Mais dans la position normale de ces dents, la bouche fermée, la pointe buccale antérieure de la molaire supérieure et la pointe linguale antérieure sont à cheval sur le bord externe de la première molaire inférieure immédiatement postérieure à la pointe buccale antérieure de la molaire inférieure et s'adaptant exactement sur celle-ci.

Lors de leur éruption, quand ces dents prennent exactement cette position des deux côtés de la bouche, nous pouvons être assurés qu'il n'y aura pas d'irrégularité des cuspides. Mais quand pour une cause quelconque ces deux molaires principales font éruption en dehors de leur ligne — c'est-à-dire quand la molaire supérieure est trop en avant de cette position ou trop en arrière ou trop loin sur la face linguale ou buccale pour que les deux dents prennent exactement la position indiquée — une irrégularitée quelconque est absolument sûre.

Il ne faut pas en chercher la raison trop loin.

Les dents de chaque individu ont des dimensions et un type convenant à cet individu. Il y a juste assez de place dans chaque crâne pour que le maxillaire type appartenant à ce crâne se développe et pour que les dents types de ce maxillaire fassent éruption.

Mais si pendant la période infantile ou la première enfance une cause légère de déviation survient et persiste pendant quelque temps seulement avec la force que peut avoir un cheveu, il se produit inévitablement une déviation de la forme ou de la position typique ou des deux.

Si maintenant l'une des principales molaires (qui, antagoniste de l'autre, se tient exactement au milieu et au fond de la courbe allant du sommet des cuspides inférieures au sommet de la dent de sagesse au-dessous) est dérangée de

sa position, le reste des dents antérieures à celle qui est déviée n'aura pas l'espace nécessaire pour faire éruption.

Supposons par exemple que la molaire supérieure en opposition avec la molaire inférieure soit un peu en avant de sa position propre.

Il doit y avoir assez de place entre la face antérieure de la première molaire permanente et l'endroit où la cuspide devrait descendre pour les deux bicuspides. S'il n'y a pas assez de place, la pression en avant de la molaire qui fait éruption poussera les bicuspides dans une direction quelconque inévitablement, soit en avant pour faire saillie sur la partie antérieure du maxillaire, soit de côté vers la langue ou la joue, en brisant l'arcade et en montrant des bicuspides irrégulières qui n'ont pas de pointes.

Il en est de même si par hasard la première molaire inférieure fait son éruption en dehors de sa position.

Je n'ai pas besoin de vous dire, à vous qui avez étudié l'occlusion, que je regarde le replacement et la rétention des premières molaires permanentes dans leur position convenable et normale l'une par rapport à l'autre si elles se développent en dehors de leur place, entre 5 ans 1/2 et 7 ans, comme tout aussi essentiels que le replacement de la tête du fémur dans l'acetabulum, avant l'âge de 5 ans, s'il y a dislocation.

Quelle est la différence entre un fémur luxé et une dent luxée? L'une et l'autre entraînent des difformités sérieuses. L'une entraîne la boîterie dans la marche, l'autre la boîterie dans la mastication, qui n'est pas accomplie convenablement ; nul ne peut en prévoir les conséquences, mais nous savons qu'elles sont mauvaises, quelquefois laides, parfois répugnantes, parfois fatales.

Beaucoup de ces difformités peuvent être bien plus aisément corrigées à cet âge tendre que la hanche disloquée. Cela peut nécessiter un hôpital où le patient sera retenu un mois ou deux ; quelquefois cela peut se faire en quelques jours sans troubler pendant plus de quelques minutes à la fois les distractions habituelles de l'enfant.

Mais cela peut être fait et si cela est fait pendant cet âge plastique, c'est fait sans douleur, rapidement et si c'est sous les yeux de quelqu'un comprenant la situation et la « dépravation complète des choses inanimées » (les enfants compris), les dents peuvent être remises et maintenues en place.

Cela permet au développement de pénétrer dans le centre de la région occupée par les deux maxillaires, de faire des adjonctions au crâne, au cerveau, à la face, qui a besoin de la dignité que donne la croissance, ou plutôt les années, comme nous disons, et cela exige que cette croissance ait lieu dans une région en dehors de la vue, mais en rapport étroit avec les parties en vue, et dont dépendent les impressions qu'éprouvent nos semblables par le sens de la vue.

Ces additions crâniennes se produisent le plus souvent entre la première molaire permanente et la dent de sagesse et son voisinage. Il se produit fort peu de ces additions comparativement dans les parties antérieures des maxillaires, mais ce qui se produit là arrive souvent entre les pointes des cuspides et dans la zone formée par les incisives qui doivent arquer entre elles, mais quelquefois ne le font pas, mêlées qu'elles sont par une extension de cette irrégularité de processus qui commença avec la première molaire permanente.

Ceux qui ont extrait cette dent ou toute autre dent des arcades ne peuvent jamais savoir ce qu'elles ont enlevé des régions voisines du siège de l'intelligence et du centre de l'expression. Les figures affaiblies et aplaties qui se rencontrent partout sont les témoins de cette perte.

Je vais vous montrer des moulages pris il y a un an sur un enfant de 6 ans dont les dents temporaires étaient presque régulières et les premières molaires permanentes qui venaient semblaient très régulières.

Voici également des modèles pris sur cet enfant dix mois plus tard, où les premières molaires supérieures permanentes ont une pointe entière en avance sur les molaires inférieures correspondantes, où les deux incisives centrales supérieures se projettent de 9 mm. au delà des pointes des

incisives centrales inférieures faisant éruption alors ; les incisives centrales supérieures avaient la forme d'un v obtus et empêchaient presque la fermeture des lèvres au-dessus. Les incisives centrales à demi sorties touchaient les gencives supérieures juste derrière le point auquel la plus grande tubérosité des incisives supérieures est encore au-dessous de la gencive.

Quelle est la cause de ce grand changement en dix mois? Ce n'est pas le suçage du pouce: l'enfant n'a pas cette habitude. Ce n'est pas le suçage du biberon : l'enfant est sevré depuis des années. Sans doute des tumeurs adénoïdes s'opposent au passage de l'air ; l'enfant respire par la bouche, quoique sa mère ne s'en soit pas aperçue avant la remarque que je lui en fis. Cette habitude de tenir la bouche ouverte a relevé les muscles élévateurs presque constamment, ce qui a légèrement aplati l'arcade supérieure dans la région des cuspides temporaires.

En rapprochant les extrémités de l'arcade tout près l'une de l'autre, ceci a rejeté le milieu de l'arcade, en donnant la forme de v obtus précitée.

Ce n'est pas tout : l'enfant fermait les dents parfois et, dans ce mouvement, les cuspides inférieures frappaient cette arcade supérieure rétrécie d'une façon désagréable, peut-être même légèrement douloureuse. Pour se soulager, elle fermait les dents un peu d'un côté, le gauche sans doute, où elle trouvait du repos sur les molaires permanentes qui venaient, au-dessus et au-dessous, ainsi que sur les pointes extérieures des molaires permanentes.

Cette recherche du repos devint une habitude à tel point que quand les molaires permanentes firent éruption, de l'autre côté de la bouche, elles étaient non seulement en dehors de la ligne l'une par rapport à l'autre, mais les longues pointes ne pénétraient pas dans les dépressions de la dent antagoniste.

C'est cet engrènement ou cette pénétration des pointes dans les dépressions correspondantes qui maintient les dents en position.

La force d'éruption de la molaire supérieure cherchant à élargir la région sus-mentionnée dans l'intérieur de la tête a repoussé en avant les molaires temporaires et les cuspides et est ainsi allée plus loin en avant qu'elle ne le devait, ayant été laissée libre de s'exercer par les dents engrenant sur les extrémités des pointes de l'autre côté de la bouche quand elles se fermaient pour se reposer.

Après l'éruption et le refoulement en avant de la molaire supérieure gauche, le point de repos était en apparence changé de ce côté et le même fait s'est produit du côté droit.

Résultat : une difformité très sérieuse imminente, qui est survenue entièrement dans les dix derniers mois et qui, si elle est abandonnée à elle-même, exigera des années pour être corrigée, une fois l'adolescence ou l'âge adulte atteint.

Pourquoi ne serait-ce pas fait maintenant ?

L'influence de l'occlusion, qui se traduit par une pénétration convenable des pointes des dents dans les dépressions de leurs antagonistes du maxillaire opposé, n'a pas été suffisamment prise en considération dans les efforts faits pour le redressement. C'est là une raison pour laquelle certains redressements ont réussi et d'autres échoué, et personne n'a semblé connaître la raison de l'une ou de l'autre condition.

Sans cet engrènement il n'y a rien, sauf la langue et les lèvres pour tenir les dents exactement en place, et comme chaque molaire engrène normalement avec deux autres et est empêchée elle-même de tourner par ces deux autres dents, nous ne connaissons pas de force, sauf la langue et les lèvres, qui aide à maintenir les arcades.

On peut vérifier cette affirmation en faisant des modèles exacts de dentiers réguliers de trente-deux dents et en les disposant de façon à ce qu'ils s'ouvrent horizontalement d'avant en arrière, en montrant le contact des extrémités d'occlusion de toutes les dents du côté lingual.

Un curieux exemple de la tendance des dents à reprendre en position la forme typique est celui du fils du Dr Baker,

dont les dessins de dents vous furent présentés en janvier. Après m'être assuré que les dents de ce jeune homme, débarrassées des plaques de rétention, subiraient un changement considérable, je demandai au Dr Baker de m'envoyer les modèles des dents telles qu'elles sont maintenant. Il déféra à mon désir et j'ai maintenant les moulages pris en 1892, 1898 et 1903. L'ovale de la langue se manifeste dans l'arrangement des arcades qui sont allongées d'avant en arrière et, par conséquent, aplaties aux extrémités. La pénétration des pointes est bien plus exacte que sous la pression des plaques de rétention.

PLANCHE I.



Fig. 1. — Reproduction d'une feuille du livre de John Hunter (1778), montrant la région dans laquelle le plus grand développement se produit depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, montrant aussi une partie des résultats de la perte d'une molaire. Rien de nouveau, mais intéressant cependant.



Fig. 1 *bis*. — Modèle inf., occlusion parfaite. Modèle sup. montrant une légère déviation consistant dans l'avancement de la molaire supérieure d'une demi-cuspide. Les cuspides, se développant après les biscuspides, étant refoulées de leur place, sont suspendues dans l'air et donnent un air de férocité modérée.

PLANCHE II.



Fig. 2. — Deux cas de mol. sup. en anomalie antérieure de position; conséquence pour le cas du haut: difformité très commune des cuspides proéminentes, rejetées entièrement en dehors de la ligne, cas plus prononcé que le dernier.

Modèle inf. montrant la première bicuspide supérieure rejetée en dehors de la ligne du côté labial, tandis que la cuspide occupe la place qu'auraient dû occuper les premières bicuspides.



Fig 3. — Effets progressifs d'une molaire mal située. Dans les 2 modèles, molaire inférieure en avant de sa position propre. Modèle inférieur, cas d'irrégularité unilatérale, amenant les molaires inférieures du côté droit presque en dehors de l'arcade, l'autre modèle est une déviation antérieure bilatérale de la molaire inférieure.

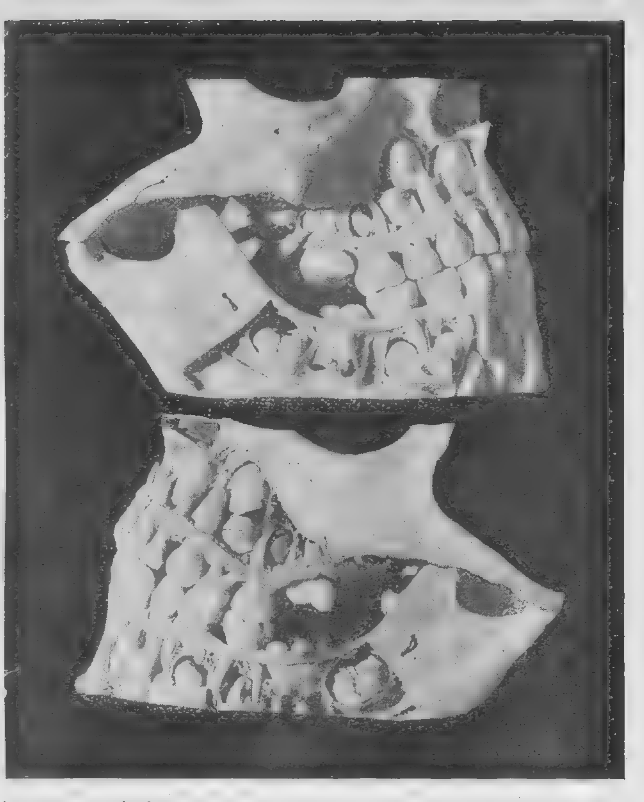


Fig. 4. — Côtés droit et gauche du crâne d'un enfant de 6 ans, montrant la première molaire permanente faisant son éruption. Côté droit, indications d'une occlusion normale. Côté gauche, indications que l'éruption de la molaire supérieure sera antérieure à la pointe mésiale, en causant un déplacement unilatéral. Ce crâne montre aussi dans les deuxièmes molaires permanentes, qui ne feront pas éruption avant 6 ans, des cavités distinctes visibles dans les côtés buccaux des 2 dents. Ces cavités sont formées par un défaut des plaques d'émail qui ne se sont pas unies dans le processus de formation.



Fig. 5. — N.G. Deux modèles. Haut, 7 ans 1/2. Bas, 10 mois plus tard. Déplacement unilatéral de la première molaire permanente et projection antérieure considérable des incisives supérieures.

## PLANCHE IV.

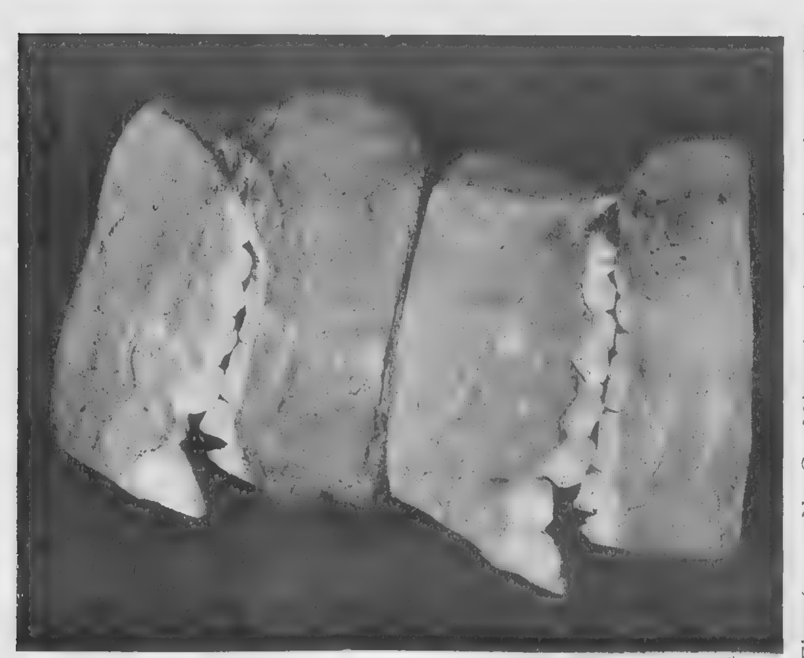


Fig. 6. — N. G. Même bouche, mêmes dates, côté gauche. Molaires permanentes en occlusion convenable. Dents du haut prognathes. Région des incisives inférieures aplaties ; état causé par l'habitude acquise de retirer la lèvre en dedans, ce qui aplatissait l'arcade inférieure et fermait les dents contre la lèvre, en pressant les incisives supérieures en dehors.

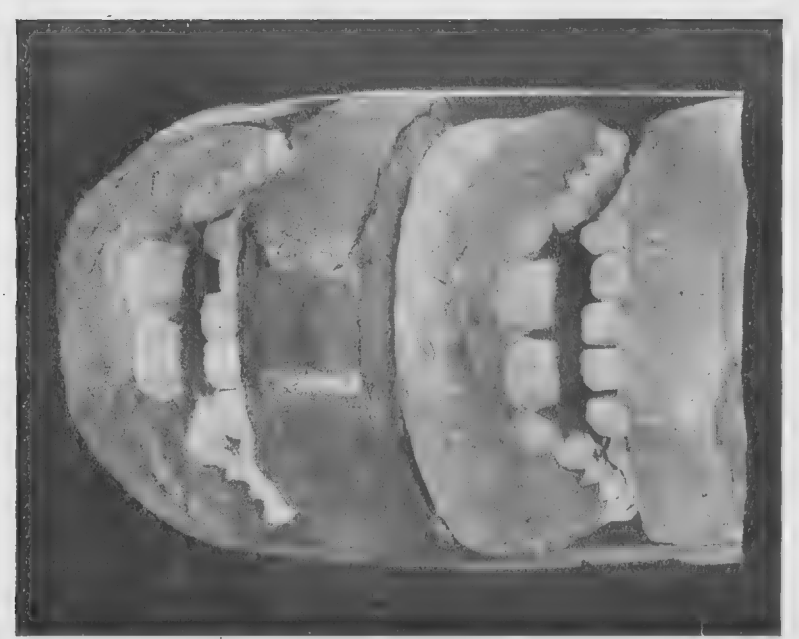


Fig. 7. — N. G. Même bouche, même âge, vue antérieure. Modèle supérieur à 7 ans 1/2 ; bonne occlusion des molaires temporaires. Modèle inférieur, 10 mois plus tard ; absence de contact des molaires et protusion des incisives supérieures pour les causes indiquées dans la communication.

PLANCHE V.

Fig. 8. — N. G. Même bouche, ouverte, prognathisme des incisives supérieures, aplatissement de l'arcade inférieure et appareil disposé pour repousser en arrière en occlusion, si possible, la molaire permanente droite.



Fig. 9. — Eléonore G. Modèle du haut à 6 ans, côté droit. Premières molaires permanentes en occlusion normale. Dents si légèrement au-dessus de la gencive que des marques au crayon montrent le côté antérieur de la molaire inférieure et de la molaire supérieure.

Modèle du bas, même bouche, 10 mois plus tard. Molaire supérieure avancée jusqu'à ce que les sommets des pointes soient en antagonisme, au lieu que les pointes soient dans les sillons. Incisives permanentes prognathes.

PLANCHE VI.



Fig. 10. — Éléonore G. Même bouche, côté gauche. Modèle du haut, 6 ans, molaires permanentes en occlusion parfaite ; côté antérieur de la molaire inférieure indiqué par une marque au crayon en avant. Côté antérieur de la molaire supérieure indiqué aussi. Toutes les dents ont leurs pointes en bonne position.
Modèle du bas 10 mois plus tard, montrant l'*articulation sautée*, c'est-à-dire toutes les dents supérieures une pointe en avant de leur position 10 mois auparavant incisives en protusion en forme de V.



Fig. 11. — Éléonore G. Même bouche que les précédentes, remontée pour montrer l'articulation. Modèle supérieur, à 6 ans, montrant une occlusion convenable. Modèle inférieur, 10 mois plus tard, montrant le côté gauche bien en occlusion, le côté droit en mal occlusion ; en réalité, pas d'occlusion du tout, mais antagonisme aux extrémités des pointes. Dents de plus en plus mal placées.

Planche VII.

Fig. 12. — Carol. P., 8 ans. Modèle du bas représentant le cas tel qu'il fut présenté. Molaire supérieure antagoniste des pointes de la molaire inférieure. Opposition des parents à tout redressement.
Modèle du haut, même cas, deux semaines plus tard ; espace obtenu par des rubans seulement. Occlusion convenable entre les molaires supérieures et inférieures.



Fig. 13. – Carol P. Modèle du haut comme le dernier. Avec un anneau et une bande de métal sur la molaire temporaire, pour maintenir la molaire permanente en position. Du côté droit un petit appareil à vis fixé aux deux dents temporaires, poussant les molaires permanentes en occlusion.
Modèle du bas, Héloïse K., montrant un prognathisme rare des dents temporaires inférieures, ainsi qu'une éruption vicieuse des premières molaires permanentes. Enfant de 6 ans.

## Planche VIII.



Fig. 14. — R. B., 7 ans. Modèle du haut montrant une anomalie de position de la molaire supérieure, repoussant toutes les dents antérieures hors de position. Modèle du bas fermé comme les dents seraient si les molaires étaient en occlusion exacte. Empiètement sur les cuspides supérieures, articulation incommode, et toutes les autres dents en dehors de l'occlusion. Irrégularité très fréquente.

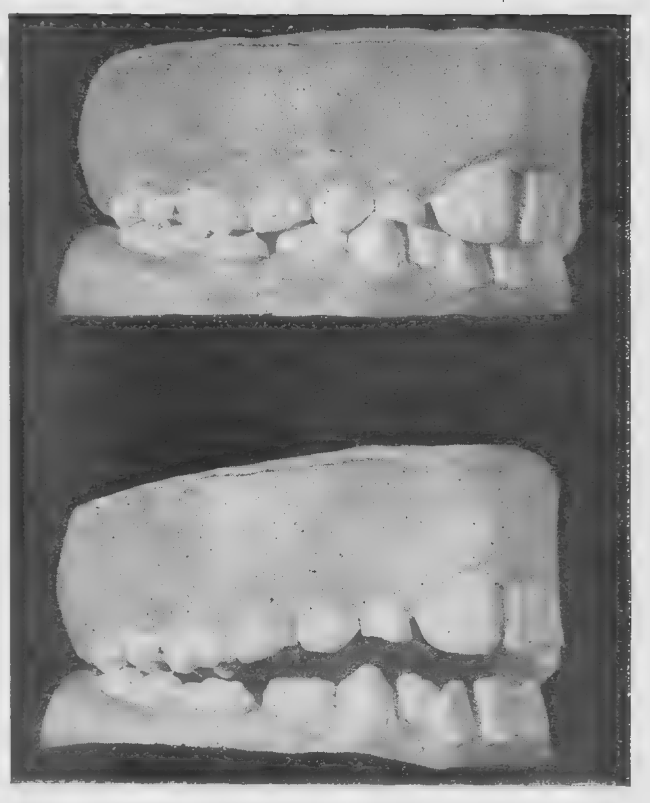


Fig. 15. — Robert D. Molaire supérieure formée, molaires en occlusion exacte. Modèle inférieur ouvert, montrant une irrégularité parmi les dents de devant ne dépendant pas de la position des molaires. Irrégularité, faute à corriger, car, seules, les 4 incisives de chaque mâchoire ont besoin de correction à ce moment.

PLANCHE IX.




Fig. 16. — Modèle de dent décidue, prêté par un confrère et présenté fermé comme il est dans le haut, montrant de l'usure aux extrémités des dents par suite de cette habitude vicieuse de fermer. Le modèle inférieur montre les dents dans leur position naturelle et où elles s'ajustent l'une sur l'autre.

Ces deux modèles montrent la force de l'habitude pour prendre et conserver des positions impropres.

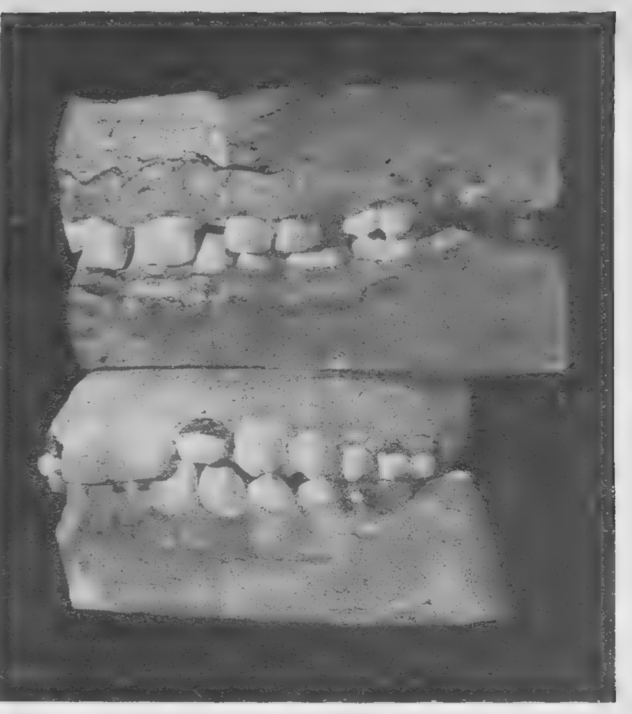


Fig. 17. — Martin J. M. Modèle du haut, mai 1900, à l'âge de 8 ans. Molaire supérieure avancée au delà de l'inférieure ; dents temporaires antérieures tombées. Incisives tombées et articulation raccourcie, de sorte que l'enfant semblait ne pas avoir de dents. Modèle inférieur, même bouche, février 1903, à l'âge de 11 ans, avec une occlusion exacte, allongement de l'articulation, un espace suffisant pour permettre à toutes les dents permanentes de venir à leur place. Durée du redressement : 60 jours ; absence de douleur pendant l'opération. Plaques de rétention encore en position et devant être conservées jusqu'à ce que les pointes de la bicuspide puissent engrener, après quoi elles seront livrées à elles-mêmes pour être mues par la langue et les lèvres.

**

PLANCHE X.

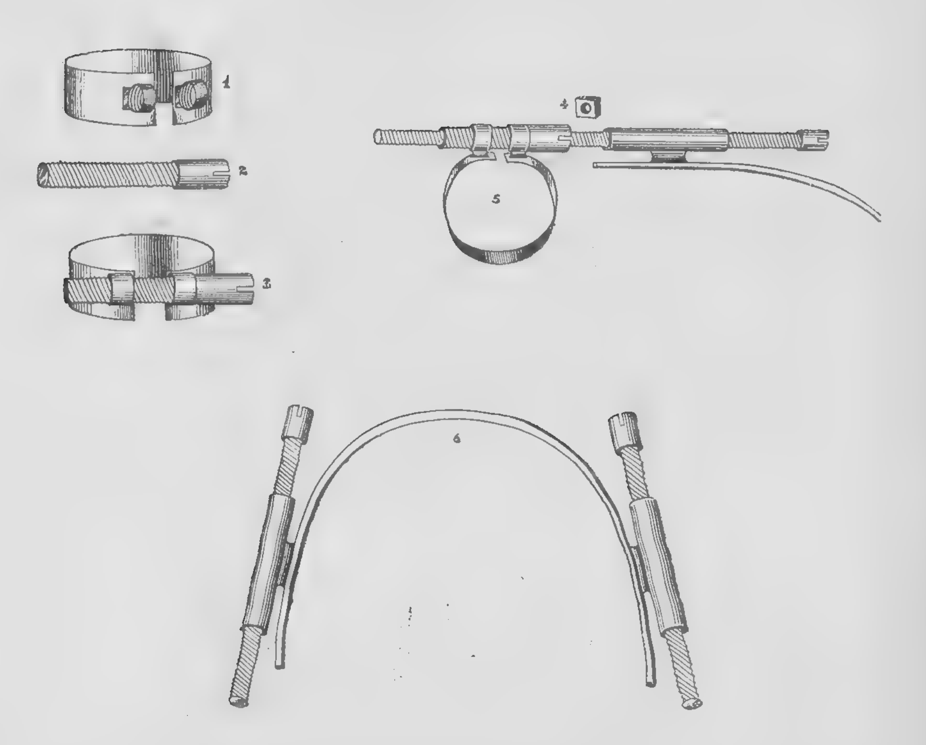



Fig. 18. — 1. Anneau pour molaire se fixant autour de la dent au moyen de la vis. — 2. Vis à tête tubulaire et à filet intérieur dans la portion qui a un filet extérieurement. — 3. Anneau fixé à une molaire côté droit, avec la vis tubulaire du côté buccal. — 4. Ecrou se fixant avec une soudure molle au cas où l'on a besoin de pousser la barre. — 5. Appareil fixé d'un côté. — 6. Barre prête à être insérée dans les deux anneaux.

Ce procédé de fixation n'est pas universel, mais il s'applique aux cas où l'on ne désire pas avoir une vis et un écrou sur le côté lingual des dents.

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Par le Dr A. Marie,
Ancien interne des hôpitaux,
Professeur de Pathologie interne à l'Ecole dentaire de Paris.

Au début de l'année scolaire 1902-1903, une policlinique médicale a été ouverte au siège même de cette Ecole. Je désire montrer, succinctement et dans ses grandes lignes, le mode d'enseignement que j'y ai inauguré.

Cette consultation de médecine doit, à mon avis, permettre aux élèves, moins de se familiariser avec les finesses du diagnostic médical, que d'assister aux applications les plus courantes des notions de pathologie qui leur sont données. Si, dans leur cours de pathologie interne, il leur est explicitement parlé des principaux procédés que le médecin met en œuvre pour débrouiller l'affection dont souffre un patient, il faut qu'aux élèves soit donnée aussi l'occasion d'appliquer ces mêmes procédés, sous la direction et sous la surveillance du professeur.

A tour de rôle, ils doivent donc écrire l'*observation* du malade, interroger ses *antécédents héréditaires* et *personnels,* entendre l'*histoire* de la maladie actuelle. Lorsque les signes physiques, que présente le sujet, sont nets et de constatation facile, lorsqu'ils constituent des exemples typiques de ce que le livre a déjà appris, les élèves viennent eux-mêmes pratiquer l'*inspection*, la *palpation,* la *percussion,* l'*auscultation* du malade, sous la direction du professeur.

De plus, tous doivent savoir pratiquer la recherche du sucre et de l'albumine dans les *urines* ; enfin, ce sont les élèves eux-mêmes qui écrivent pour le malade la *prescription* dictée.

Les affections médicales qu'ils ont eu l'occasion d'observer ont été groupées sous différents chefs dans le tableau ci-joint.

| | |
|---|---|
| Tuberculose (*pulm., ganglion., cutanée*, etc...) .......... | 17 |
| Affections nerveuses (*névralg., migr., thromb. cér., hyst., neur.*) | 15 |
| Syphilis (*accidents prim., sec., tert., hérédo-syp.* etc...) ...... | 12 |
| Affections cardiaques et vasculaires.......................... | 8 |
| Maladies du tube digestif (*stomat., épithéliomas gastrites* etc...) | 6 |
| Affections cutanées (*lupus, pelade, eczéma*, etc...) ......... | 6 |
| Maladies de l'appareil respiratoire (*emphysème* etc...) ..... | 6 |
| Leuco-kératoses bucco-linguales.......................... | 5 |

| | |
|---|---|
| Chloroses | 5 |
| Affections des voies urinaires | 5 |
| Epithélioma de la bouche (*gencive*) | 1 |
| Divers (*intox., éthyl., misère phys.* etc...) | 8 |
| Total | 94 |

Dans cette clinique, quelques progrès restent à réaliser : ainsi, il me paraît difficile pour les élèves d'entendre parler à chaque instant des différents procédés microscopiques mis en usage dans la clinique moderne, sans voir l'application de ces procédés de diagnostic. Pour me prendre qu'un exemple, la recherche du bacille de Koch dans les crachats me semble devoir entrer au nombre de ces leçons de choses que doit être pour les élèves cette policlinique.

Je sais bien qu'un cours de bactériologie leur est fait par un des savants les plus compétents dans cette science ; mais je voudrais pouvoir montrer aux élèves l'application directe au malade des procédés de recherche microscopique qu'ils auront déjà appris par ailleurs. De la sorte, ils comprendront mieux les services rendus en clinique par la microscopie, et, quand il s'agira de tuberculose par exemple, le fait d'avoir isolé des produits de l'organisme humain le bacille de Koch établira plus solidement dans leur esprit l'importance des idées modernes sur la propagation de certaines maladies infectieuses.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du mardi 3 novembre 1903*

Présidence de M. LOUP.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

### I. — PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de l'assemblée générale de juillet est adopté.

*Le secrétaire général* donne lecture de lettres d'excuses de MM. Sauvez et Sautier qui, empêchés, ne peuvent assister à la réunion. Il communique aussi une lettre de M. Hugo-Swaycarsky, annonçant que son cours d'Esperanto commencera le dimanche 29 novembre à 9 heures 1/2 du matin et qu'il se continuera les dimanches suivants, à la même heure, à l'exception du dimanche qui, chaque mois, est occupé par les séances de démonstrations de la Société d'Odontologie.

*Le secrétaire général* dépose, sur le bureau de la Société, un pli cacheté qui lui a été remis le 11 octobre par le Dr Margerie ; ce pli sera conservé dans les archives de la Société.

### II. — MASQUE POUR SŒMNOFORME ET CHLORURE D'ÉTHYLE ; OUVRE-BOUCHE OU BAILLON DE M. ROBINSON, PAR M. ROLLAND, DIRECTEUR DE L'ECOLE DENTAIRE DE BORDEAUX.

La lecture de ces communications, qui sont publiées page 609 est faite, au nom de M. Rolland, par *M. Friteau.*

Ces communications ne peuvent être discutées en l'absence de leur auteur.

*Le secrétaire général* dépose sur le bureau de la Société un masque, un bâillon et six boîtes d'ampoules de sœmnoforme, dont MM. Rolland et Robinson ont fait don à l'Ecole dentaire et à la Société d'Odontologie, sur la demande de M. Friteau. Des remerciements sont votés à ces généreux donateurs.

### III. — CONSIDÉRATIONS SUR LE REDRESSEMENT BRUSQUE, PAR M. MARTINIER, PROFESSEUR A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

La communication de M. Martinier est publiée page 595.

## Discussion.

*M. Godon.* — Je pense que le très intéressant travail de mon ami M. Martinier doit donner lieu à un échange d'idées entre tous ceux que cette question de pratique intéresse. Pour ma part, en me basant sur ma pratique personnelle et sur des faits que j'ai observés à l'Ecole ou dans diverses réunions scientifiques, j'ai acquis la conviction que la méthode brusque pour le redressement des dents est dangereuse, parce qu'elle donne lieu à des accidents immédiats ou éloignés, que l'on n'observe jamais avec les appareils de redressement qui, bien construits, viennent à bout des déviations les plus compliquées. Nous avons tous le souvenir de ce confrère étranger qui, venu pour nous montrer les avantages du redressement brusque, luxa complètement la dent à redresser et fut obligé de la réimplanter. Chacun de nous pourrait citer des cas semblables : je ne rappelle celui-là que pour dire que je suis en parfait accord avec M. Martinier et que, comme lui, je condamne la méthode brusque en matière de redressement ; elle ne doit être appliquée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

*M. Lemerle.* — Dans l'opération du redressement brusque pour corriger une rotation sur l'axe, je pense qu'il y a élongation, ou même plus souvent rupture du ligament alvéolo-dentaire ; il y a aussi torsion du faisceau vasculo-nerveux au moment où il pénètre dans le canal radiculaire. Cette torsion du faisceau vasculo-nerveux arrête partiellement ou totalement, immédiatement ou médiatement, l'irrigation pulpaire ; la pulpe se mortifiera donc soit tout de suite après la rotation, soit quelque temps après, et le redressement brusque aura pour conséquence la mortification de la dent redressée. Nous savons tous combien un traumatisme, même léger, amène chez les enfants, parfois longtemps après sa production, la mortification pulpaire, et nous comprendrions mal comment un redressement brusque, avec l'élongation ou la déchirure ligamenteuse, avec la torsion vasculaire qu'il provoque, n'aboutirait pas fatalement à une mortification pulpaire, immédiate ou éloignée.

*M. Meng.* — Je suis aussi un adversaire du redressement brusque. J'ai vu récemment un accident éloigné de cette méthode : il s'agissait d'une jeune fille dont une incisive centrale supérieure avait été redressée par cette méthode cinq ans auparavant ; durant cette période la dent avait noirci, et, lorsque la malade vint me consulter, elle présentait, sur cette dent, un volumineux abcès alvéolaire : l'extraction s'ensuivit. Je ne vois pas bien d'ailleurs les avantages de la méthode brusque ; si la dent est facile à régulariser, il n'y a aucune raison de ne pas employer les appareils orthopédiques, dont l'emploi est absolument exempt de dangers. Si, au contraire, la déviation est difficile à corriger, c'est souvent parce que sa racine est recourbée ; dans ce

cas-là, le redressement brusque ne peut avoir pour résultat que la fracture de la racine ou de l'avéole.

*M. Touvet-Fanton.* — Dans le cas présenté par M. Martinier, qui concerne une rotation sur l'axe avec un angle de 45 degrés, il a dû se produire une torsion considérable du faisceau vasculo-nerveux. Mais il est des cas de rotation légère où la méthode brusque peut n'amener qu'une torsion insuffisante pour altérer l'irrigation pulpaire. Bien que je ne sois pas partisan de la méthode brusque, je pense qu'elle pourrait être appliquée, sans danger pour la pulpe, dans certains cas où la rotation sur l'axe ne serait que de quelques degrés.

*M. Friteau.* — La question de l'état du ligament alvéolo-dentaire et du faisceau vasculo-nerveux au cours d'un redressement brusque et après ce redressement est de la plus haute importance ; nos opinions sur ce point ne sont que des hypothèses ; elles ne sont basées sur aucune pièce anatomo-pathologique. Pourquoi ne chercherions-nous pas à établir nos arguments contre le redressement brusque sur des pièces anatomiques. Les dents humaines échappent à notre observation ; mais il est possible de faire des redressements sur les animaux : ce serait le seul moyen de transformer nos opinions en réalités scientifiques, indiscutablement établies.

*M. d'Argent.* — Ce sont les lésions pulpaires plutôt que les lésions ligamenteuses qui doivent nous laisser adversaires de la méthode brusque. La torsion du faiseau vasculo-nerveux pulpaire dont nous a parlé M. Lemerle n'est pas la seule lésion à incriminer, il peut y avoir aussi, durant la rotation brusque, élongation du paquet vasculo-nerveux, et cette élongation n'est pas moins grave que la rotation ; elle doit produire comme elle, immédiatement ou médiatement, la mortification pulpaire. Si j'avais un redressement brusque à pratiquer, je lutterais surtout contre cette élongation ; je me garderais bien de me servir d'un davier ordinaire et je disposerais mon davier de façon à ce qu'il ne puisse permettre le moindre abaissement, la moindre élongation de la dent. Il est possible qu'il faille un davier spécial pour chaque cas particulier, mais ce n'est pas là une objection sérieuse. M. Bonnard ne nous a-t-il pas d'ailleurs donné autrefois le moyen de disposer un davier quelconque de façon à ce qu'il s'oppose à l'élongation d'une dent à redresser ?

Quant à la communication de M. Martinier, je la trouve remplie d'intérêt ; le succès vraiment remarquable de correction d'une rotation axile par la rotation brusque, qui est le point de départ du travail de notre confrère, me paraissait devoir amener des conclusions en faveur de cette méthode. La communication de M. Martinier tend à démontrer l'imperfection de ce procédé et elle contient l'observation d'un résultat qui nous paraît excellent : il y a là un manque de logique sur lequel je ne veux point insister. J'aurais désiré que notre confrère fît

la critique de la méthode brusque en comparant des cas identiques obtenus par cette méthode et par les appareils prothétiques. On nous dit que les appareils pour corriger les rotations sur l'axe sont nombreux et qu'ils permettent d'arriver à un résultat excellent ; mais on ne nous montre pas ces appareils et l'on ne nous donne pas les indications concernant chacun d'eux ; on nous montre les accidents de la méthode brusque ; mais on ne nous montre pas de redressements axiles obtenus prothétiquement. M. Martinier nous montre un résultat obtenu par une méthode qu'il combat et qu'il condamne, et il ne nous montre pas de résultats obtenus par la méthode qu'il préconise.

*M. Lemerle.* — Je répondrai à M. d'Argent que la communication de M. Martinier n'est pas complète : elle ne sera définitive et probante que dans quelques années, lorsque la dent opérée par M. Martinier n'aura subi aucune altération ; beaucoup des cas présentés par les partisans de la méthode brusque comme des succès ont été, en réalité, des échecs, puisque, au bout d'une ou de plusieurs années, la dent redressée a dû être extraite ou qu'elle s'est mortifiée.

Je persiste à croire que les lésions du ligament alvéolo-dentaire ne sont pas aussi peu importantes que M. d'Argent semble le croire ; il doit y avoir déchirure du ligament, mais cette déchirure doit se cicatriser, tout comme se cicatrisent les déchirures des ligaments articulaires dans une entorse, surtout si le redressement est pratiqué aseptiquement.

L'allongement des vaisseaux pulpaires est possible, mais je ne crois pas qu'il puisse être cause de la mortification de la dent, si l'opération est faite très lentement ; les vaisseaux, qui sont élastiques, peuvent s'allonger sans se rompre et reprendre leur longueur lorsque la force qui les tiraillait cesse d'agir. Il n'en est pas de même de la torsion, qui constitue pour moi la véritable cause des désordres pulpaires observés ; la torsion produite durant le redressement ne peut disparaître après ce redressement ; elle diminue l'irrigation sanguine, et, suivant que cette diminution est plus ou moins grande, la mortification pulpaire est immédiate ou éloignée.

La méthode brusque n'est pas une méthode de choix ; bien que je donne la préférence aux redressements par les appareils, je crois que nous devrions, pour l'instruction de nos confrères et pour la nôtre, faire quelques essais de la méthode, en ne l'appliquant que pour des rotations axiles très légères, de quelques degrés seulement.

*M. Bonnard.* — C'est bien contre l'élongation de la dent qu'il faut se prémunir, ainsi que l'a dit M. d'Argent ; et c'est contre cette élongation que j'avais insisté, lorsque j'avais présenté il y a quelques années, les précautions que je prenais du côté du davier ; vous me permettrez de rappeler ici ces précautions, puisque M. d'Argent a bien voulu en conserver le souvenir. Entre les mors du davier je plie

une lamelle de plomb, trois fois plus épaisse que celle dont nous nous servons pour découper nos patrons de plaques métalliques ; je ramollis un morceau de godiva que je place entre les mors ainsi garnis de mon davier, et j'applique le tout, alors que le godiva est chaud, sur la dent à redresser ; l'excès de godiva déborde à l'extrémité des mors et j'obtiens un davier reproduisant la forme et la longueur exacte de la dent. Cette disposition permet de transformer la concavité des mors du davier en une cavité moulée sur la dent, de telle sorte qu'au cours des efforts de rotation la dent ne peut s'allonger puisqu'elle est calée contre une masse de godiva maintenue dans le davier. Je crois que cette disposition, qui remplace simplement le davier spécial à chaque cas particulier, est susceptible de diminuer les chances d'élongation et d'extraction.

En matière de redressement brusque, les trois cas que j'ai tentés ont été si peu encourageants que j'ai complètement abandonné cette méthode. Le premier cas concerne une dent qui, au bout d'une année, a présenté une carie du collet, correspondant à l'application des mors du davier. Le second cas a été suivi, après quelques mois, de mortification de la dent redressée. Dans le dernier cas, j'ai obtenu une fracture du bord libre de la dent : le mouvement de rotation que je faisais très lent et très progressif était accompagné d'un déplacement dans la direction verticale de la dent, et il suffit d'un léger mouvement de la patiente pour que, malgré toutes mes précautions, le bord libre de l'incisive se fracturât. Devant ces insuccès, immédiats ou éloignés, je n'ai plus essayé de redressement brusque.

*M. Martinier.* — Si j'ai présenté ce soir un travail sur le redressement brusque à la Société d'Odontologie, c'était autant pour exposer mes idées personnelles que pour ouvrir un débat sur cette si intéressante question ; il me semble que cela était nécessaire pour entendre condamner par la presque unanimité de nos confrères une méthode qui, dans l'immense majorité des cas, ne doit offrir que des ennuis et des dangers, alors que la méthode orthopédique ne peut entraîner aucune complication, aucun danger. Au Congrès de 1898, M. Siffre nous a présenté une communication sur la rotation brusque par la méthode chirurgicale rectiligne, et, au cours du débat qui s'est engagé sur cette communication, il s'est trouvé, pour défendre la méthode brusque, un certain nombre de nos confrères qui s'abritaient derrière les opinions de Tomes, David et Magitot. Si ces confrères avaient examiné attentivement tous les malades présentés par M. Siffre, leur opinion n'eût peut-être pas été aussi inébranlable ; l'un de ces malades portait, en effet, une fracture du bord libre de la dent redressée, et nous savons que cette fracture est l'un des accidents les plus fréquents de la méthode brusque. Depuis 1898, nous n'avons pas revu ces malades et il serait cependant bien intéressant de savoir ce qu'est devenue

cette dent que l'on nous montrait, malgré sa fracture, comme un succès indiscutable.

M. d'Argent m'adresse deux reproches : il me trouve illogique et se plaint de l'absence d'appareils. Le premier grief n'est pas fondé : j'ai traité avec un *succès opératoire* incontestable un cas de rotation axile où l'emploi de cette méthode se trouvait nettement indiqué et j'ai jugé le cas suffisamment intéressant pour en entretenir la Société d'Odontologie de Paris. Mais, en vous le présentant, il fallait me prononcer sur la valeur de la méthode et, comme je suis depuis longtemps un adversaire résolu de ce procédé de régularisation (mes travaux antérieurs en font foi), je ne pouvais changer d'opinion, parce que l'opération a réussi, sans que je puisse préjuger les accidents éloignés susceptibles de se produire. Pour être logique selon M. d'Argent, il me fallait changer d'opinion et me déclarer partisan de la méthode : je ne veux pas pousser la logique aussi loin.

Quant aux appareils que M. d'Argent aurait désiré me voir présenter en même temps que le résultat opératoire, je le renverrai à tous les traités spéciaux, y compris mon dernier *Manuel*, et je puis lui affirmer qu'ils sont de pratique courante ; il n'a qu'à venir à la clinique d'orthodontie de l'Ecole pour les voir employer.

Le résultat relaté dans mon observation est, pour les partisans de la méthode brusque, un résultat parfait : je ne le pense pas, parce qu'il est trop récent ; je suivrai ce malade et je vous apporterai les résultats éloignés de mon intervention. Ce sont ces résultats éloignés des redressements brusques qu'il est intéressant de connaître, et c'est de ceux-là que les partisans de la méthode ne nous parlent jamais. Magitot a cité dix-sept observations de redressement brusque, et il dit avoir eu dix-sept succès. David et Tomes n'accusent aussi que des succès. Mais aucun de ces auteurs, aucun de ceux qui se sont faits les défenseurs de cette méthode ne nous parle de la date où ces succès ont été observés : la personnalité de ces auteurs nous est une garantie de l'exactitude de leurs affirmations ; il est certain que les succès rapportés par eux étaient des succès au moment de leurs observations, de même que le cas que je publie au cours de mon travail est *actuellement* un succès. Mais où sont les résultats éloignés des observations de Magitot, de David et de Tomes ? Voilà ce qu'il nous faudrait connaître et voilà ce que nous ne connaissons pas. Aussi, en l'absence de résultats éloignés scientifiquement consignés, nous est-il permis de penser que ces résultats éloignés ont pu renfermer un certain nombre de ces échecs dont MM. Godon, Meng et Bonnard nous ont parlé.

M. Siffre va plus loin que tous ses confrères, partisans de la méthode brusque : il peut avancer une dent de 2 centimètres au collet, et la seule lésion qu'il accuse consiste en une déchirure de la partie postérieure du ligament alvéolaire, que rend évidente une petite hémor-

ragie. Mais, puisque M. Siffre reconnaît une déchirure partielle du ligament alvéolaire, il s'agit donc d'une luxation incomplète, et cette raison-là seule devrait suffire pour condamner la méthode brusque. D'autres auteurs, également partisans de la méthode brusque, ont observé et établi la torsion du faisceau vasculo-nerveux : comment ont-ils pu établir la réalité de cette torsion, autrement que par la constatation de mortification pulpaire ? De telle sorte qu'en étudiant avec soin les faits rapportés par les défenseurs de la méthode brusque, nous y trouvons la preuve qu'eux aussi ont observé les désordres éloignés, dont notre observation journalière peut témoigner et que certains d'entre nous ont relatés tout à l'heure.

Il faut également tenir compte de la possibilité d'une fracture alvéolaire ; cette fracture doit se produire souvent et je crois que, dans les cas d'avancement dentaire que préconise M. Siffre, elle doit être d'une extrême fréquence. Il en est de même de l'élongation, qui est d'autant plus facile à produire que la configuration de l'alvéole ne permet pas à la dent de prendre la place que nous lui assignons ; cette élongation n'est pas sans avoir de retentissement sur la vitalité du faisceau vasculo-nerveux.

M. Meng a eu raison de rappeler ces mortifications pulpaires observées chez les enfants à la suite de traumatismes dentaires, souvent très légers : le traumatisme responsable de ces mortifications est parfois si minime qu'il passe inaperçu et qu'on ne le découvre qu'après un interrogatoire minutieux. Il est donc certain qu'un léger traumatisme peut amener la mortification pulpaire, et il ne me paraît pas possible de soutenir que la rotation brusque, traumatisme important, ne peut avoir les mêmes conséquences.

M. Touvet-Fanton a dit que le redressement brusque était applicable aux rotations axiles légères et qu'un léger coup de davier suffirait à les redresser. Je ne suis pas du tout de cet avis : si petite que soit la correction à obtenir, il faut faire un grand effort et les accidents ne sont pas moins à redouter. Les cas de rotation axile de quelques degrés seulement sont précisément ceux qui sont justiciables de la méthode orthopédique. Si je vois une dent en légère rotation sur l'axe, je fais toujours appel à la prothèse, avec laquelle je suis sûr d'arriver à un résultat parfait, sans aucune menace pour l'avenir de cette dent. Je ne consentirais à employer la méthode brusque que dans des cas extrêmement difficiles, où je serais certain d'échouer avec la méthode orthopédique et je préviendrais le patient et sa famille de tous les accidents, immédiats ou éloignés, qui pourraient se produire.

La plupart des auteurs sont d'accord en ce qui concerne le ligament : il y a rupture des fibres ligamenteuses : cette rupture se cicatrise si l'opération a été faite aseptiquement. Ce qu'a dit M. Lemerle au sujet des conséquences de la torsion du faisceau vasculo-nerveux

est juste, et je pense avec lui que cette torsion est un des agents producteurs de la mortification pulpaire ; bien qu'il s'agisse de malades jeunes, à tissus souples et malléables, je suis convaincu qu'il suffit d'une rotation légère de la dent pour obtenir une torsion dangereuse du faisceau vasculo-nerveux de la pulpe.

En ce qui concerne le matériel instrumental, je suis de l'avis de M. d'Argent ; mais comme il serait compliqué de confectionner un davier spécial pour chaque cas particulier, je me contente d'apporter au procédé de M. Bonnard une légère modification, et je m'oppose à l'élongation de la dent en plaçant un morceau de caoutchouc au fond des mors du davier. Je trouve parfaites les dispositions que prend M. Bonnard du côté du davier; cependant il n'en survient pas moins des accidents éloignés, puisque notre confrère nous a rapporté une mortification pulpaire et une carie du collet, sans oublier la relation intéressante d'un accident immédiat: la fracture du bord libre de la dent à redressement.

Pour terminer, je ferai remarquer que tous les accidents relatés par mes confrères sont signalés dans ma communication. J'ajoute que je viens critiquer la méthode parce que j'ai vu trop d'accidents éloignés tenant à des traumatismes insignifiants pour que je puisse admettre qu'un traumatisme aussi violent que celui qu'occasionne un redressement brusque n'amène pas des accidents de même nature. Nous devons nous élever contre un procédé laissant autant d'aléas, alors que nous avons à notre disposition tant d'appareils qui nous donnent toute sécurité. Nous devons demander aux partisans de la méthode brusque le résultat de leurs tentatives ; mais nous devons leur demander surtout leurs résultats éloignés, car une telle méthode n'a pas de valeur si elle n'a pas derrière elle une série de résultats éloignés, scientifiquement établis. Les résultats immédiats ne sont pas moins intéressants à connaître, car, s'il en est d'excellents, il en est aussi de mauvais ; je n'en veux pour preuve que ce cas tout récent d'un de nos confrères, qui, faisant une tentative de redressement brusque, dut réimplanter la dent qu'il avait extraite.

*M. Loup.* — Je tiens à remercier, au nom de la Société, M. Martinier de son important travail ; notre confrère a obtenu le résultat qu'il cherchait et il a trouvé, groupée autour de lui, une très grosse majorité d'adversaires du redressement brusque. Je crois aussi que le redressement brusque n'est pas une opération recommandable : la torsion du faisceau vasculo-nerveux est certaine, et il est même possible que l'apex de la racine soit susceptible, dans un mouvement de rotation assez accentué, de sectionner totalement ou partiellement le paquet vasculo-nerveux. Quant aux lésions du ligament alvéolaire, elles ont aussi leur importance ; dans tous les cas de réimplantation qui ont été publiés, on a signalé de la résorption radiculaire partout

où le ligament avait été arraché. Est-ce que des phénomènes de résorption analogues ne peuvent pas se produire, lorsque, au cours d'une rotation brusque, nous déchirons ou désinsérons le ligament alvéolo-dentaire ? C'est là une conception que des faits anatomo-pathologiques pourront vérifier par la suite.

## IV. — Deux cas de gomme syphilitique du bord alvéolaire par M. Friteau, professeur a l'Ecole dentaire de Paris.

*M. Friteau* donne lecture de la communication suivante :

Les deux observations ci-dessous auraient pu avoir pour titre : gommes syphilitiques de la gencive ; j'ai préféré les appeler gommes syphilitiques du bord alvéolaire pour rappeler que ces gommes, comme celles de la voûte palatine, ont commencé par le tissu osseux et non par la muqueuse.

*Observation I.* — Madame T..., 32 ans, sans profession, se présente à ma consultation le 22 septembre 1902 pour une perforation de la voûte du palais.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Mariée à 23 ans, elle a contracté la syphilis avec son mari ; ignorant son accident primaire, elle a eu toute la série d'accidents secondaires ; plaques muqueuses, roséole, alopécie, etc. Bien que soumise au traitement mercuriel durant trois années, elle n'a pu mener aucune grossesse à terme, et elle a eu deux avortements, l'un de 5 mois, l'autre de 6.

Il y a quatre ans, elle a pris de l'iodure de potassium, à une dose qu'elle ne peut spécifier. Depuis cette date, elle n'a suivi aucun traitement.

Au début du mois de septembre, elle a eu un coryza intense, accompagné d'ozène et elle a éliminé par sa fosse nasale gauche deux ou trois petits fragments osseux. L'ozène et le coryza ont persisté ; le 15 de ce mois, la malade a constaté sur son palais et sur sa gencive une tuméfaction indolente, qui s'est rompue quatre ou cinq jours après : la rupture de cette tuméfaction a été immédiatement suivie de la perforation de la voûte palatine ; elle s'est faite durant un repas, et la malade a senti une partie de ses aliments liquides envahir ses fosses nasales.

Actuellement la malade présente, tant sur le bord alvéolaire que sur la partie voisine de la voûte palatine, remontant en dehors jusqu'au sillon gingivo-jugal, s'étendant en dedans jusqu'au voisinage de la ligne médiane, une ulcération fongueuse, à bords déchiquetés et décollés, sanieuse, fétide, dont le centre paraît correspondre à la place occupée autrefois par la première prémolaire. Le fond de cette plaie est creusé, dans la partie qui correspond à la jonction de la voûte pa-

latine et du bord alvéolaire, d'un orifice irrégulier, laissant passer aisément un manche d'excavateur et par lequel les liquides refluent de la bouche dans la fosse nasale gauche. Les dents supérieures sont absentes depuis plusieurs années, à la suite d'extractions successives, à l'exception de la canine droite et de la dent de sagesse gauche. La mâchoire inférieure ne porte plus que les incisives, les canines et la prémolaire gauche ; ces sept dents, ainsi que les deux restantes à la mâchoire supérieure ne présentent aucune carie : la première prémolaire inférieure droite et la deuxième prémolaire inférieure gauche n'existent qu'à l'état de racines. La dent de sagesse supérieure droite et la face profonde des dents inférieures sont recouvertes d'une épaisse couche de tartre. La salivation est abondante, fétide et un peu filante. L'ozène persiste et la malade répand autour d'elle une odeur infecte. Il n'y a pas de douleurs, ni d'engorgement ganglionnaire. L'état général est satisfaisant : la malade dit avoir un peu maigri depuis un mois.

Le début par les fosses nasales, l'ozène, l'élimination par la narine de petits séquestres, et surtout la syphilis antérieure me font porter le diagnostic de gomme syphilitique du bord alvéolaire et de la voûte palatine. Après avoir débarrassé les dents du tartre qui les recouvre, je prescris 6 grammes d'iodure de potassium par jour et des lavages buccaux avec une solution chloralée à 1 0/0.

Je ne fais aucun lavage sous pression dans la plaie ou dans l'orifice de communication entre la bouche et les fosses nasales. Je revois la malade chaque jour, et je constate rapidement que la plaie se met à bourgeonner. Deux semaines après le début du traitement ioduré, la malade déclare que le reflux des liquides dans les fosses nasales ne se produit plus : cependant il reste, au milieu de la plaie qui est presque complètement cicatrisée, un enfoncement par lequel le jet d'une seringue fait encore passer dans la fosse nasale quelques gouttes de liquide. Je revois la malade le 26 octobre ; la cicatrisation est complètement terminée ; la muqueuse palatine a repris à peu près son aspect normal, elle est plus dure et moins lisse ; il ne reste d'autre trace de la lésion que la présence d'un sillon profond, étroit, plissé, complètement à cheval sur le bord alvéolaire, et qui correspond à la perte de substance osseuse, qui a donné naissance à la perforation palatine. Ce sillon est nettement visible sur le modèle en plâtre que je vous soumets et qui résulte d'une empreinte prise le 30 octobre, c'est-à-dire un mois environ après le début du traitement ioduré. Ce modèle est celui sur lequel je construisis un appareil en caoutchouc qui n'avait d'autre point intéressant à signaler si ce n'est qu'il passait complètement à plat d'une lèvre à l'autre du sillon décrit. La tolérance de cet appareil, placé rapidement sur un tissu de cicatrice récent, fut parfaite. Depuis cette date, j'ai revu la malade plusieurs fois, aucun

affaissement alvéolaire nouveau ne s'est produit et l'appareil est aussi exactement adapté que le premier jour.

*Observation II.* — Madame C..., 38 ans, sans profession, se présente à ma consultation le 6 juin 1903 pour une ulcération gingivale.

Du côté des antécédents héréditaires, il n'y a à signaler que la mort de la mère de Mme C..., à 33 ans de tuberculose pulmonaire. Mme C..., dont l'enfance n'a présenté aucune maladie, s'est mariée à 18 ans. Durant les huit premières années de son mariage, elle a eu trois enfants, qui jouissent tous d'une excellente santé. Il y a dix ans environ, son mari, voyageur de commerce, contracte la syphilis. Mme C... est bientôt contaminée : elle a un chancre des grandes lèvres; les accidents secondaires surviennent avec une ténacité et une intensité considérables, malgré le traitement mercuriel institué par mon ami, le Dr Charvet, de Colombes (pilules de protoïodure, frictions, injections sous-cutanées d'huile grise et de sels de mercure).

Les accidents tertiaires ont fait leur apparition dès la troisième année qui a suivi le chancre et Madame C... a eu successivement des gommes du tibia, du sternum et des gommes cutanées sur diverses parties du corps.

Mme C... m'est adressée par le Dr Charvet pour une ulcération gingivale datant de deux semaines. La malade s'est d'abord aperçue que ses fosses nasales répandaient une odeur nauséabonde ; puis elle a constaté, sur sa gencive supérieure, à gauche, une tuméfaction sur la consistance et la durée de laquelle elle ne peut fournir aucun renseignement. Au cours d'un repas, cette tuméfaction s'est ouverte et la malade a vu s'établir une ulcération, dont les dimensions sans cesse croissantes l'ont vite effrayée.

Je constate, au niveau de la face externe de la gencive supérieure gauche, la présence d'une ulcération dont les bords sont décollés et dont le fond, bourbillonneux, laisse suinter une sanie fétide. Cette ulcération s'étend en hauteur du cul-de-sac gingivo-jugal à la crête gingivale qui est légèrement envahie ; ses dimensions antéro-postérieures correspondent à peu près à l'espace compris entre la canine et la deuxième prémolaire. En explorant le fond de cette cavité avec un stylet, j'y découvre la présence d'un séquestre un peu mobile et rugueux. La mobilité de ce séquestre est facile à compléter : une pince le saisit, rompt les quelques adhérences qui le retiennent et l'amène au dehors. Le séquestre est rugueux, irrégulier, gros comme un noyau de cerise. Dès qu'il est enlevé, la malade a une légère hémorragie nasale ; l'exploration au stylet, l'examen de la fosse nasale gauche me montrant le liquide d'une injection buccale descendant sur

la convexité du cornet inférieur, me prouvent que le plancher du sinus maxillaire est perforé : la perforation laisse passer un crayon ordinaire. Je fais alors quelques lavages de phénosalyl à 1 o/o pour assurer la désinfection du sinus et de la plaie gingivo-alvéolaire. L'ulcération n'est le siège d'aucune douleur : elle répand une odeur infecte.

De ce côté, la mâchoire supérieure est dépourvue, depuis six à dix ans, de toutes ses dents à l'exception de la dent de douze ans, qui est saine. Le reste de la dentition est en bon état ; quelques autres dents manquent ; il y a quelques caries du second degré sans importance en l'occasion. La salive est abondante et filante.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. Les fosses nasales, particulièrement la gauche, présentent un coryza intense avec fétidité repoussante.

Après avoir constaté que les parois du sinus maxillaire se laissent traverser par la lumière, je pose le diagnostic de gomme syphilitique du bord alvéolaire ayant amené l'ouverture dans la bouche du sinus maxillaire au niveau de l'angle antéro-inférieur de ce sinus.

Je donne à la malade 5 grammes d'iodure de potassium par jour, et je lui ordonne des lavages buccaux avec la solution chloralée à 1 o/o. Je ne fais aucun lavage sous pression par la perforation du sinus ; je pense que l'antisepsie de ce sinus doit être suffisante par la quantité de liquide qui entre par la perforation lors des lavages, qui sont faits à raison de deux à trois par heure.

Ce traitement donne vite des résultats : au bout de trois semaines, les dimensions de la perforation sont considérablement réduites : les mors unis d'une précelle y passent avec difficulté.

La malade part alors à la campagne pour deux mois : durant ce temps elle continue le traitement ioduré (2 grammes par jour), et les lavages chloralés (5 ou 6 par jour). Elle est revenue me voir le 4 octobre : il n'y a plus trace de perforation ; je lui prends l'empreinte sur laquelle a été tiré le modèle que je vous présente. L'affection ne laisse d'autre trace qu'un effondrement alvéolaire considérable avec une cicatrice en cul-de-poule siégeant au niveau de l'ancienne perforation. J'ai comblé cette perte de substance avec un appareil en caoutchouc dont la partie gingivale est constituée par deux lames de caoutchouc séparées par du liège. Le résultat esthétique est bon : j'aurais voulu vous le montrer, mais ma malade, qui a décidément une syphilis rebelle, est retenue à la chambre par une gomme du larynx qui n'est pas sans mettre ses jours en danger.

Je n'ai eu d'autre but, en publiant ces deux observations, que d'ajouter à la longue liste des gommes syphilitiques du palais deux faits sortant un peu de la clinique habituelle :

les gommes siègent le plus souvent à la partie postérieure de la voûte ; celles-ci, au contraire, siègent à sa partie moyenne, presque à sa partie antérieure. La seconde a cette particularité d'avoir effondré le plancher du sinus. J'insiste aussi sur cette partie du traitement qui a consisté à ne faire aucun lavage à travers la perforation palatine, ces lavages pouvant, à mon avis, détruire les bourgeons charnus et retarder ainsi la réparation. Les lavages buccaux sont suffisants pour assurer l'antisepsie de ces plaies.

### Discussion.

*M. Loup.* — J'ai observé récemment, à la clinique de l'Ecole, une nécrose du bord alvéolaire inférieur chez un malade syphilitique : je n'ai vu ce malade qu'une fois et je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une gomme analogue à celles que rapporte le D^r Friteau.

*M. Touvet-Fanton.* — J'ai constaté récemment une vaste ulcération avec nécrose au niveau de la partie antérieure de la voûte palatine ; le malade, syphilitique depuis cinq ans, a rapidement guéri sous l'influence du traitement ioduré.

*M. Friteau.* — Je crois que les gommes du bord alvéolaire sont souvent prises pour des nécroses d'origine dentaire. En ce qui concerne ma dernière observation, l'aspect clinique était tel que, si le malade avait eu des dents au niveau de son ulcération, je n'eusse peut-être pas pensé à la syphilis.

### V. — Propositions diverses.

Après une discussion à laquelle prennent part *MM. Godon, Lemerle, Bonnard, Delair, Blatter* et *Friteau,* les deux propositions suivantes sont votées à l'unanimité :

1° La Société d'Odontologie prend l'initiative d'une souscription pour l'érection d'un buste à M. Lecaudey ;

2° La Société d'Odontologie, reprenant la proposition émise en 1900 par M. Lemerle, émet le vœu que le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris donne des noms aux diverses salles de l'Ecole, et que l'une de ces salles porte le nom de M. Lecaudey.

La séance est levée à onze heures.

*Le Secrétaire général,*
D^r Friteau.



# REVUE ANALYTIQUE

**Cruet,** ***Une méthode simple de traitement des sinusites d'origine dentaire.*** *(Revue de Stomatologie.)*

Les sinusites d'origine dentaire ne sont autre chose que la rétention de produits de suppuration sur un point dilaté d'un grand trajet fistuleux qui s'étend du sommet de la racine d'une dent jusqu'au méat moyen des fosses nasales. Le point dilaté, dans l'espèce le sinus, est revêtu d'une muqueuse spéciale susceptible de s'enflammer, et celle-ci contribue souvent, dans une large mesure, à augmenter la sécrétion purulente.

Pour appliquer le traitement qui va être décrit, il faut d'abord faire le diagnostic de sinusite ; si les moyens habituels laissent subsister un doute, il ne faut pas hésiter à faire, à l'aide d'un foret mû par le tour dentaire, la ponction exploratrice du sinus dans la fosse canine, et à pratiquer avec la poire en caoutchouc une injection d'eau bouillie qui ressort par les fosses nasales ; si le liquide est purulent, il y a sinusite, sinon il n'y a rien et l'exploration ne laisse aucune trace.

Le diagnostic établi, il faut rechercher la dent ou la racine cause de la sinusite, l'extraire, et chercher la communication entre le fond de l'alvéole et le sinus ; élargir le trajet *là où on le trouve* à l'aide d'une fraise assez grosse et former un canal court assez large pour recevoir l'extrémité d'une canule conique adaptée à un irrigateur.

Il ne reste plus qu'à pratiquer par ce trajet fistuleux naturel, et sans installation de canule ni de drain, des lavages du sinus avec de *l'eau bouillie tiède.* Les lavages doivent être assez abondants pour que le liquide ressorte clair par les fosses nasales, et renouvelés tous les jours au début ; lorsqu'il n'y a plus au bout de deux à douze jours de trace de pus dans le liquide d'injection on peut espacer les lavages de deux jours, puis de trois ou quatre et, si le résultat se confirme, considérer la guérison comme certaine.

Pour affirmer la guérison, faire un mois après une ponction exploratrice suivie d'une injection d'eau bouillie.

Si au bout de dix à douze jours on ne constate pas un liquide clair à la sortie, on peut craindre une complication et employer au lieu d'eau bouillie une solution de thymol (à 0,25 pour 1000) ou de chloral (1 pour 100) ou d'eau oxygénée (étendue).

Si au bout d'une nouvelle période de huit jours la suppuration n'est pas tarie, on peut considérer que le recours à une nouvelle intervention chirurgicale plus complète s'impose d'une façon absolue.

L'efficacité d'un nouveau traitement ne sera nullement compromise par les soins antérieurs ; elle sera au contraire admirablement préparée.

D^r A. AUDY.

**R. Nogué,** ***Contribution à la pathogénie du tic douloureux de la face.*** *(Archives de Stomatologie,* août 1903.)

Gross, de Philadelphie, en 1870 tenta le premier de rattacher la pathogénie du tic douloureux de la face à des lésions nerveuses d'origine dentaire. Les ra-

meaux nerveux distribués aux rebords alvéolaires se trouvent comprimés à la suite d'une extraction par le travail d'ostéite raréfiante, puis condensante qui se produit à ce niveau. C'est pourquoi le tic douloureux se rencontre surtout chez des édentés ou des malades ayant subi une ou plusieurs extractions quelque temps auparavant. S'appuyant sur ces données, Gross pratiqua plusieurs fois la résection de la portion de l'arcade alvéolaire incriminée et obtint ainsi des succès fréquents.

La question fut reprise par Jarre qui considère la névralgie spasmodique comme la manifestation d'une lésion nerveuse non point due à la compression, mais due à l'infection. Pour cet auteur il s'agit probablement de petits névromes développés au niveau des filets nerveux radiculaires rompus par l'extraction d'une dent, ce processus traduisant ainsi une irritation due à l'infection.

Jarre pratique donc la résection du rebord alvéolaire et son opération est suivie de résultats encourageants (18 succès sur 18 cas).

Nogué, sans rejeter l'origine cicatricielle fréquente du tic douloureux, le regarde comme ayant dans certains cas son origine dans un foyer infectieux nettement localisé au sommet de l'alvéole. Ce foyer est constitué ordinairement par un kyste radiculaire abcédé. A l'appui de son opinion, Nogué expose l'observation clinique d'une de ses malades qu'il guérit d'un tic douloureux survenu à la suite d'une extraction, par la cautérisation thermique et le curettage de l'alvéole infecté et non cicatrisé par suite de la présence probable d'un kyste radiculaire suppuré non extrait avec la dent causale.

Cette conception d'un foyer infectieux apical entraînant des lésions nerveuses traduites par des crises névralgiques spasmodiques vient s'ajouter à celle de Jarre, qui ne doit pas être considérée d'une façon trop exclusive.

Le tic douloureux de la face regardé comme manifestation clinique de lésions périphériques de la 5e paire peut reconnaître pour causes d'origine dentaire (outre les lésions nerveuses dues à un processus cicatriciel (Jarre) ou infectieux (Nogué) des filets nerveux radiculaires) des lésions dont le siège est plus éloigné des filets terminaux du trijumeau. Ce pourraient être des phénomènes compressifs dus à de la périostite ou à des ostéophytes des canaux et des trous osseux au travers desquels passent les troncs nerveux destinés aux dents.

De même l'évolution vicieuse d'une dent de sagesse pourra amener la compression du nerf dentaire inférieur.

Dans d'autres cas, on pourra rencontrer des phénomènes d'ordre infectieux : sinusite maxillaire pariétale, aiguë ou chronique entraînant de la névrite des filets dentaires supérieurs qui cheminent sous la muqueuse sinusienne.

De même, encore, infection du canal dentaire inférieur et du nerf par des accidents suppurés de dent de sagesse.

Enfin, il faut se souvenir que le tic douloureux n'est pas toujours d'origine dentaire ; dans certains cas, en effet, la présence de dépôts calcaires sur le ganglion de Gasser a coïncidé avec des névralgies spasmodiques.

**Weiser** (de Vienne), ***Études et contributions relatives à la technique de la chirurgie buccale.*** (14e réunion du Central Verein Deutscher Zahnärzte. Leipzig.) *Progrès dentaire,* août 1903.

Quel est le meilleur procédé pour ouvrir le sinus maxillaire ?

La méthode de Cooper (voie alvéolaire) doit être rejetée pour les raisons suivantes :

1o) La fraise mal dirigée peut ne pas atteindre la cavité du sinus, glisser et se perdre dans le périoste de la fosse canine ;

2o) La fraise peut rencontrer de bas en haut une des cloisons du sinus, ouvrant ainsi une voie d'accès anfractueuse ou même n'en ouvrant aucune.

La méthode de Küster (voie faciale vestibulaire) doit être préférée au pro-

cédé de Cooper. En effet, la paroi antérieure du sinus se présente largement lorsqu'on soulève la lèvre supérieure ; la muqueuse buccale en ce point ne contient ni gros troncs nerveux, ni vaisseaux importants ; la paroi faciale osseuse du sinus est toujours mince et permet d'agrandir à volonté l'orifice d'entrée ; enfin il n'est pas nécessaire de sacrifier une dent pour pénétrer dans le sinus.

La technique de l'ouverture du sinus par la paroi vestibulaire est la suivante :

1°) Incision à convexité inférieure, des téguments et du périoste, depuis le sommet alvéolaire de la canine, jusqu'au milieu de la crète zygomatique ;

2°) Trépanation de l'os avec une petite fraise ronde de 3 millimètres de diamètre. Ce premier orifice est agrandi avec des fraises successivement plus grosses jusqu'au diamètre de 5 à 6 millimètres.

L'ouverture effectuée, on devra éviter d'y placer un drain soit en caoutchouc, soit en métal. Une cheville en vulcanite retenue par une petite pièce prothétique à ailette verticale suffira à maintenir l'ouverture et à empêcher les corps étrangers d'y pénétrer dans l'intervalle des lavages.

Somme toute, l'originalité du procédé de Weiser consiste à drainer un sinus par une petite ouverture vestibulaire à la place d'une petite ouverture alvéolaire. Il ne doit pouvoir s'appliquer qu'à des sinusites aiguës et récentes et non d'origine dentaire, car dans ce dernier cas l'extraction de la dent causale s'impose et la voie alvéolaire semble alors devoir plus naturellement être suivie.

Le procédé de Weiser permet donc d'éviter la perte d'une dent ; il peut être tenté, mais au cas où la guérison se ferait attendre, on devra cependant ouvrir largement le sinus et le curetter, et cela s'impose dans les sinusites anciennes et chroniques.

Weiser emploie les mêmes procédés opératoires pour la résection apicale des racines atteintes de kystes radiculaires, se servant toujours de fraises rondes et fines.

Poussant même le traitement conservateur peut-être un peu loin, le professeur de Vienne va trépaner et curetter par la voie sous-maxillaire les foyers apicaux de molaires inférieures ayant occasionné des accidents d'ostéite. Ce chirurgien, afin d'éviter l'extraction d'une dent, est entraîné ainsi à pratiquer une intervention extra-buccale qui sort absolument du cadre d'action du dentiste et devient trop sérieuse pour légitimer la conservation de la dent précisément cause des accidents.

**Rodolphe,** ***Des injections de paraffine en art dentaire.*** (*Revue Odontologique,* juillet 1903.)

Les cas de restauration buccale par la paraffine, intéressant le dentiste, doivent être divisés en deux groupes. Un premier groupe comportera les fissures palatines et les fistules dentaires ; dans un second groupe seront placées les dépressions gingivales dues à des extractions dentaires et à la résorption alvéolaire consécutive. M. Rodolphe ne s'est occupé que de ces dernières. Il injecte dans le tissu gingival, à l'aide d'une seringue de Pravaz, de la paraffine d'Eckstein fusible, à 55°, et il a obtenu ainsi la restauration de dépressions alvéolaires profondes et une meilleure adaptation à des pièces prothétiques.

**Warnekros** (de Berlin), ***Attelles amovibles pour les fractures maxillaires.*** (Correspondenz Blatt f. Zähnärzte, traduct. *Progrès dentaire,* septembre 1903.)

Dans trois cas de facture du maxillaire inférieur, M. Warnekros appliqua dans la bouche des malades des attelles mobiles en caoutchouc vulcanisé. Ces

attelles faites après un moulage préalable de la bouche, englobent de toutes parts les dents implantées sur les deux fragments déplacés et maintiennent ces derniers en place. Elles présentent l'avantage de pouvoir être retirées et replacées par le malade. Mais ces attelles ne semblent pouvoir donner d'effet utile que dans les cas de fractures accompagnées de très peu de déplacement. En présence d'un déplacement sensible, ces attelles mobiles sont-elles capables de maintenir la coaptation des fragments à elles seules?

Georges Lemerle.




*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

## Dentier. — Prix convenu. — Retouches. — Refus de l'appareil. — Vente a l'essai. — Expertise inutile.

### TRIBUNAL DE SAINT-JEAN-D'ANGÉLY, 11 *juin* 1903.

Entre M. X..., chirurgien-dentiste..., etc. . . . . . . . . . . . .
. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Et Mme Y., sans profession, demeurant. . . . . . . . . . . . .

Ouï les avoués et avocats des parties en leurs moyens et conclusions ;

Attendu que X..... réclame à Mme Y..... la somme de..... francs prix convenu pour la confection d'un dentier double qu'il lui a livré le 16 décembre dernier et qu'elle lui a retourné le 4 mars suivant ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que dans cet intervalle de temps, les 24 janvier, 3, 6, et 12 février, Mme Y..... s'est rendue chez M. X... et que des retouches successives ont été faites à cet appareil ;

Attendu que Mme Y... a enfin, le 4 mars, retourné à son dentiste le sus dit dentier en lui faisant savoir que, malgré les retouches, il lui était impossible de s'en servir ;

Attendu que M. X.... ne peut prétendre que c'est par pur caprice ou par défaut d'habitude que sa cliente a refusé son appareil, car Mme Y..... possédait avant cette commande un autre dentier qui s'était cassé, ce qui démontre que cet objet lui était indispensable et qu'elle était habituée à son usage ;

Attendu que X...... se borne à soutenir que son dentier était confectionné selon toutes les règles de l'art et qu'ayant été porté par Mme Y..... il ne peut le reprendre ;

Attendu que *la vente d'un dentier est une vente à l'essai* d'une nature toute spéciale, que le prix est de beaucoup plus élevé que la valeur réelle de l'objet, précisément parce que cette vente est faite (sans qu'il soit besoin de stipulations sur ce point) sous la condition formelle que l'acheteur pourra s'en servir, le dit objet n'ayant de valeur pour lui qu'à cette condition ;

Attendu que *toute expertise est inutile*, car, d'un côté, *peu importe que le dit dentier soit confectionné suivant les règles de l'art* et que, d'un autre côté, Mme Y.... EST SEULE JUGE DE SAVOIR si oui ou non le dentier la blesse et si elle peut s'en servir ;

Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens.

Par ces motifs le tribunal, après avoir délibéré conformément à la loi, statuant publiquement en matière sommaire et en dernier ressort,

Déclare X..... mal fondé dans son action, l'en déboute, le condamne en tous les dépens taxés et liquidés à..... en ce non compris le coût du présent jugement et de ses suites, en quoi il est également condamné.

*Note.* — La décision du tribunal de *Saint-Jean-d'Angély* a causé dans le monde dentaire une véritable émotion, dont il a peine encore

à se remettre, et chez quelques-uns on peut dire que la surprise a été jusqu'à l'effarement.

A-t-on le droit, vraiment, comme a pensé le tribunal, de refuser de prendre livraison d'un dentier qu'on a bel et bien commandé, qui a été pendant trois mois l'objet de retouches successives, dont le prix a été débattu et fixé, et que le dentiste offre de soumettre à l'expertise d'un homme de l'art ?

Les rapports entre le dentiste et ses clients se résument-ils, au contraire, en une simple *vente à l'essai*, laissant prise à l'arbitraire et n'offrant aucune garantie à celui dont on a réclamé les soins ?

Voilà la question grave qui s'est débattue en 1re instance, et que la Cour va certainement avoir à trancher sous peu, car il n'est pas possible que les choses en restent là.

Ce n'est pas, en effet, à l'heure où la dentisterie s'affirme de plus en plus comme une des manifestations les plus sérieuses de l'art médical qu'elle peut rester sous le coup d'un jugement, qui la gêne en son essor et la paralyse.

Il n'est pas admissible qu'un appareil commandé à prix débattu et confectionné suivant les règles de l'art, puisse être accepté ou rejeté au gré des caprices ou de la fantaisie de la première coquette venue ?

Si ingénieux que soit, en apparence, le système qui aboutit à de telles conséquences, il ne résiste pas à l'examen le plus superficiel.

La vente est parfaite, aux termes de l'art. 1583 du Code civil, dès qu'on est convenu de la *chose* et du *prix*, lors même que la chose n'aurait pas encore été livrée ni le prix versé.

Il est vrai que, s'il s'agit d'une vente à l'essai, elle est toujours présumée faite sous condition suspensive (art. 1588 du même Code).

Mais n'est-ce pas pure affirmation gratuite de la part des juges, que de soutenir que le contrat intervenu ait revêtu cette forme ?

Et n'est-il pas, au contraire, de règle constante que la condition *d'essai* n'est jamais *sous-entendue ;* et qu'il faut, pour qu'elle puisse être à bon droit invoquée, qu'elle ait été *formellement stipulée* ?

Or, nous ne voyons rien de semblable däns l'accord passé entre M. X... et Mme Y..., et M. X... nous paraît même avoir pris le bon parti et le seul raisonnable, en opposant aux fantaisies capricieuses de sa cliente une demande d'expertise.

C'est, du moins, dans ce sens que se prononcent nettemen *MM. Baudry-Lacantinerie et Saignat*, dans leur *Traité de la vente et de l'échange* (n° 165), qui fait autorité : « Le vendeur, disent-ils, peut, en cas de refus de l'acheteur après essai, réclamer une *expertise*, en vue de prouver que la chose réunit les qualités requises pour l'usage auquel elle est destinée ; et, cette preuve une fois faite, l'acheteur est lié. »

En résumé, suivant nous, le contrat formé entre un dentiste et son

client pour la confection d'un dentier ne constitue point une vente à l'essai; et, s'il y avait eu vente à l'essai, nous estimons, avec les auteurs par nous cités, que le désaccord devait aboutir à une expertise.

Supposez, un instant, la réalité d'une vente à l'essai, avec possibilité de refus brutal et catégorique de prise de livraison, sans la garantie d'une expertise, — et admettez que M^me^ Y... soit morte avant d'avoir fait l'essai ? Ses héritiers se refuseront, avec cette théorie, à considérer le marché comme valable, et le dentiste aura fait peut-être des dépenses importantes qui ne lui seront pas remboursées.

Ce serait une prime à la mauvaise foi !

Un système qui aboutit là est jugé, — sans qu'il soit besoin d'insister autrement.

F. W.

(*Voir la suite page 652.*)



# LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

## LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu une brochure de 90 pages due à M. F. Ortiz, de Lisbonne, intitulée *O dentista moderno* (Le dentiste moderne), étude sur l'organisation de l'enseignement dentaire dans les divers pays.

Nous avons reçu également du Dr Scheuer, de Teplitz (Bohême), une brochure intitulée *Streitfälle aus der Praxis* (Litiges survenus dans la clientèle).

M. Hermann Kümmel, de Berlin, nous a envoyé une autre brochure dont il est l'anteur et qui a pour titre *Aufgaben des Zahnarztes in der öffentlichen Gesundheitspflege* (Devoirs du chirurgien-dentiste en matière d'hygiène publique).

Il nous a envoyé aussi : *Les conséquences économiques de la carie dentaire* (*Die wirthschaftlichen Folgen der Zahncaries.*)

---

## NOUVEAU JOURNAL.

Nous apprenons la publication d'un nouveau journal intitulé *Schweizerische Monatsschrift für Medizin, Chirurgie, Zahnheilkunde.* Il paraît à Bâle et a pour rédacteur en chef M. Th. Dill.

Bonne chance à notre nouveau confrère.

# RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an,** } **dans 24 numéros.**
**Lignes en sus: 10 fr. la ligne** }

## IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

**A. Mellottée,** imprimeur de *L'Odontologie,* à CHATEAUROUX.
**J. Fanguet, Georges Clotte, successeur,** fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à PARIS.

## MATIÈRES OBTURATRICES.

*Amalgame Fellowship.*
*L'Or Universel.*
*Ciment Vilcox.*
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

## OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

**L. Deglain,** 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

## PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

*Anestile.* **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
*Anesthésique local du Dr R. B. Waite.*
*Somnoforme.*
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

## PRODUITS PHARMACEUTIQUES

*Adrénaline Clin.* **Clin et Cie,** 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.
**Ampoules MOREAU** pour l'*Art dentaire* (*cocaïne, tropacocaïne,* etc.). Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.
*Formyl-Géranium.*
*Obtunda,* insensibilisation de la dentine.
*Renalia,* adrénaline.
*Xyléna.* Liquide antiseptique.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

## PROTHÈSE A FAÇON.

**Blau, frères,** 100, rue des Dames, PARIS.
**Lalement et Coutif,** 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
**Charles Mille,** 15, rue du Four, PARIS-6e.
**B. Platschick,** 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

## RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

**Syndicat Français,** 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.




### Réception du 1er janvier.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris recevra, à l'Ecole, le vendredi 1er janvier 1904, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin.

---

### Concours a l'École dentaire de Paris.

Le mois prochain auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris des concours pour plusieurs postes de chefs de clinique d'anesthésie et de prothèse ; nous en publions le programme ci-contre.

---

### Société d'Odontologie de Paris.

*Réunions de janvier.*

Séance du mardi 5 janvier à 8 h. 1/2 précises du soir.

1° Correspondance ;

2° Adoption des procès-verbaux, séances d'octobre et de novembre 1903 ;

3° Travaux à pont, présentation de malade, par M. Richard-Chauvin ;

4° Cure radicale d'un kyste uniloculaire du maxillaire supérieur par le plombage osseux, présentation du malade, par M. le Dr Roy ;

5° Considérations sur la perméabilité et la stérilisation de la dentine, par M. Choquet ;

6° Le terrain en odontologie (*suite*) : le terrain dans l'étiologie de la carie dentaire, par M. le Dr L. Frey ;

7° Ether et chloroforme en art dentaire, par M. le Dr Pinet ;

8° Tribune libre.

*Séance de démonstrations pratiques du dimanche 10 janvier.*

(On commencera à 9 h. très précises du matin par les démonstrations d'anesthésie, qui seront terminées à 10 heures.)

1° Anesthésie par le chlorure d'éthyle, procédé de la compresse, M. Blatter ;

2° Extractions dentaires sous les divers anesthésiques locaux de courte durée (protoxyde d'azote, chlorure d'éthyle, somnoforme), M. le Dr Friteau ;

3° Un nouvel hémostatique, le pingawar, M. Bonnard (application dans les extractions);

4° Prothèse restauratrice, M. Delair;

5° Aurifications (or mou et or adhésif), M. Lemerle;

6° Stérilisation de la dentine, M. Choquet.

*Le secrétaire général,*
Dr FRITEAU.

---

RETRAITE DU Dr WITZEL.

Le Dr Witzel, professeur de dentisterie à l'Université d'Iéna, a renoncé définitivement à l'enseignement pour des raisons de santé et quitté cette ville pour aller s'établir à Bonn. Il n'a que 57 ans. Il est resté pendant onze ans à cette université, titulaire de la chaire qu'il a fondée.

---

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

---

AVIS

**COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL**

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## CONCOURS

### Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :

2 postes de *Chef de clinique d'anesthésie*.

2 postes de *Chef de clinique de prothèse*.

Art. 2. — Le concours comprend : A. Une épreuve sur titres. B. Une épreuve clinique. C. Une épreuve écrite.

Ce concours commencera le Dimanche 31 janvier 1904, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

A cette séance, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve clinique ; il communiquera ensuite une liste de huit questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats à chaque poste.

Les dates des séances suivantes seront fixées par le Jury.

### Épreuves.

1° Une **épreuve sur titres** comptant pour 35 points, savoir :

Titres universitaires .......... 5 points.

Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs et services rendus à l'Ecole ou à la profession) .......... 10 —

Travaux scientifiques .......... 20 —

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par le secrétariat général et les explications orales qui pourront être demandées aux candidats.

2° Une **épreuve clinique** comptant pour 30 points et comprenant :

CHEF DE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE

a) Examen de 3 malades et explication clinique de l'affection, le diagnostic, le pronostic, les indications sur l'intervention, le mode d'anesthésie à employer.

Le candidat aura 3/4 d'heure pour examiner les malades et 1/2 heure pour exposer ses conclusions.

b) 2 Opérations d'urgence à exécuter séance tenante sur l'un des malades ou sur tout autre choisi par le jury. L'une sera pratiquée avec anesthésie générale, l'autre avec anesthésie locale.

CHEF DE CLINIQUE DE PROTHÈSE

a) Examen de la bouche d'un sujet, explication de l'appareil prothétique combiné de manière à remédier efficacement aux défectuosités existantes avec indication d'un traitement préparatoire de la bouche.

b) Une ou plusieurs opérations d'urgence exécutées sur le sujet examiné ou tout autre choisi par le jury.

3° Une **épreuve écrite** comptant pour 30 points et consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Deux heures seront accordées pour ce travail, qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

### Jury.

Art. 3. — Le Jury se compose de quatre membres, savoir :

*Le Directeur de l'Ecole*, Président.

*Le chef du service des cliniques d'anesthésie.*
1 *Professeur de clinique d'anesthésie.*
1 *Professeur de clinique de chirurgie dentaire et* 1 *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire* tirés au sort.

*Le chef du service des cliniques de prothèse.*
1 *Professeur (titulaire ou suppléant) de clinique de prothèse.*
1 *Professeur de clinique de chirurgie dentaire et* 1 *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire* tiré au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

### Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de 95.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum (épreuve sur titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas *droit à la nomination.*

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

### Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue. Le candidat déclaré admissible n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de sa nomination et de son entrée en fonctions.

### Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — a) Être âgé de 25 ans au moins ;

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation ;

c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité ;

d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature ;

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur ;

f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois, les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

23e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1903 VOL. XXX




*L'Odontologie* **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

## Travaux Originaux

### CONTRIBUTION A LA MORPHOLOGIE DU LEPTOTHRIX RACEMOSA

Par M. MENDEL-JOSEPH, D. D. S. — D. E. D. P.
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Lorsqu'en avril 1899[1] Williams, de Londres, publia dans le *Dental Cosmos* sa remarquable étude sur l'organisme découvert par Vicentini, il rendit un service éminent à l'auteur de la découverte. Grâce à ce travail, aux belles photomicrographies qui l'illustraient, grâce aussi à sa méthode de recherche plus parfaite, le nouvel organisme sortit de l'atmosphère confinée qui l'enveloppait jusqu'alors et s'imposa à l'attention de ceux surtout qui, pour des motifs professionnels, portent un intérêt plus spécial à la bactériologie du milieu buccale. Sans doute l'organisme de Vicentini ne fut pas inconnu au monde scientifique. Le livre publié vers 1890 où il est la première fois question du racemosa, ne fut pas sans soulever de polémique, d'abord en raison du carac-

1. Williams, *A contribution to the bacteriology of the human mouth.*

tère propre de la découverte, mais surtout à cause de points de doctrine que l'auteur y professait. Dans un article du *Cosmos*[1], Vicentini apporte à cet égard des indications bibliographiques probantes. Mais ce n'était là à vrai dire que des dissertations littéraires dont justement Vicentini se plaignait ; au lieu de discussions stériles, il eût mieux valu apporter un fait, fournir une preuve négative ou positive. Il faut supposer que la chose n'était point aisée, puisqu'il fallut attendre jusqu'en 1899 le travail où Williams fit connaître à notre profession l'existence d'un organisme nouveau, qui prit d'un seul coup la place prépondérante parmi les représentants de la flore buccale.

Le naturaliste et le clinicien sont également intéressés dans cette étude. Le microorganisme de Vicentini ne se présente pas seulement comme une forme nouvelle d'un groupe bien défini dans la classification des thallophytes et des bactériacées ; par les caractères qu'on s'accorde à lui reconnaître, il s'offre comme un élément dont la place parmi les groupes naturels est encore à préciser. Pourtant, si attachant que soit le sujet au point de vue de la botanique pure, il semble naturel que les préoccupations du clinicien, les questions d'hygiène, de thérapeutique soient ici dominantes.

Deux faits appellent l'attention de l'observateur : 1° la présence constante de cet organisme dans la bouche ; 2° son abondance considérable. Je l'ai trouvé dans toutes les bouches, aux heures les plus variées de la journée ; mais c'est surtout le matin, avant le nettoyage des dents, que la quantité de cet organisme est prodigieuse, surtout si l'on a pris soin de ne pas se brosser les dents la veille. Par contre, lorsqu'on se brosse soigneusement les dents avant de se coucher on ne trouve le lendemain que peu d'éléments dans les interstices dentaires, et rarement aux surfaces labiales et jugales. Cette constatation souvent renouvelée me paraît intéressante en ce qu'elle plaide éloquemment en faveur du nettoyage des dents avant de se coucher.

---

1. F. Vicentini, *Further Remarks on leptothrix racemosa*, *Dental Cosmos*, 1900. March.

Un organisme qui demeure dans la bouche à l'état permanent et en quantité aussi considérable, qui, suivant l'expression de Vicentini, est l'organisme de la bouche par excellence, ne peut ne point jouer dans l'économie un rôle important physiologique ou pathologique. Jusqu'aujourd'hui son rôle, sa fonction sont demeurés ignorés, ce qui ne saurait surprendre, vu que son existence ne nous est révélée que depuis peu relativement. Mais on ne peut méconnaître désormais la nécessité pour nous de pénétrer plus avant dans sa nature intime, et, après l'étude circonstanciée de sa morphologie, de poursuivre la recherche de ses fonctions biologiques, de ses réactions chimiques, de son pouvoir pathogène et des conséquences pratiques qui en découlent.

Dans l'intéressante communication faite au Congrès de Paris[1], Mummery, de Londres, remarque justement que « désormais aucun étudiant en bactériologie buccale ne saurait se permettre d'ignorer le nouvel organisme ». Williams[2] va plus loin en proclamant que la découverte du *Leptothrix racemosa* « constitue le fait le plus important de toute l'histoire de la bactériologie buccale et destinée à modifier profondément notre conception sur ce sujet ».

Tout en attachant un grand intérêt à l'étude de l'organisme de Vicentini, il me semble difficile d'admettre sans réserve la pensée totale de cet éminent confrère. Pour que la découverte du savant italien puisse transformer si profondément nos conceptions sur la bactériologie buccale, il faut accepter dès maintenant la plupart des conclusions de Vicentini sur l'évolution des espèces bactériennes. Or, sur le point précis qui nous occupe, après plusieurs mois de recherches uniquement consacrées à l'étude du racemosa, je ne puis qu'admettre la *possibilité* de l'hypothèse de Vicentini. La démonstration de sa réalité fait totalement défaut.

Ce qui est certain, c'est l'existence dans la bouche d'un organismen ouveau, dont l'importance me paraît de premier

---

1. Mummery, *Are the spore-like bodies described by Vicentini under the name of leptothrix racemosa examples of genuine sporulation ?*
2. Williams, *loco. cit.*

ordre. Et il n'est pas moins certain que, abstraction faite de sa morphologie, nos connaissances sur ce sujet sont des plus précaires.

Préoccupés du rôle que le leptothrix racemosa est susceptible de jouer dans l'étiologie des affections de la bouche et plus spécialement de la carie dentaire, plusieurs de nos confrères en Angleterre[1], en Amérique[2], en Allemagne[3], ont repris dans des études personnelles les recherches de Vicentini et de Williams. Les résultats de leurs travaux parurent dans les revues professionnelles, parmi lesquelles figure en première place la magnifique édition du *Dental Cosmos*. En France aucune recherche n'a été faite sur ce sujet. L'œuvre de Vicentini est d'ailleurs passablement ignorée chez nous ; je n'ai pu trouver son livre ni à la bibliothèque de la Faculté de médecine, ni dans celle de l'Institut Pasteur. L'édition anglaise que j'espérais pouvoir me procurer à la librairie Baillière, Tyndal et Cie, de Londres, est également épuisée.

Il m'a paru opportun, dans ces conditions, d'entreprendre des recherches sur le leptothrix racemosa. Dans le présent article, je me suis borné à l'examen de la morphologie du racemosa, laissant à une date ultérieure le compte-rendu de mes recherches concernant les autres problèmes que soulève l'étude du leptothrix de Vicentini. Je me suis efforcé de rester sur le terrain des faits que j'expose, en les montrant aussi exactement que le permet la reproduction photomicrographique.

Avant d'aborder le vif du sujet, il convient de remarquer que, malgré la haute estime que j'éprouve pour l'œuvre de Vicentini, j'ai dû renoncer à le suivre dans la voie où il s'est engagé. On sait que, faisant abstraction des méthodes d'investigations bactériologiques modernes, bien plus,reconnaissant ces méthodes comme entachées d'erreurs et prenant

---

1. K. Goadby, *Microorganisme in Dental Caries. Cosmos*, 1900.
2. Fort, *A review of Dr Williams paper. Cosmos*, 1899.
3. Pr Arkövy, *Oesterreichisch-ungarische Vierteljaursschrift fur Zahnheilkunde*, 1902.

pour guide, pour critérium, ce qu'il y a en bactériologie de moins fixe, les caractères morphologiques, Vicentini a cru pouvoir poursuivre dans la cavité buccale, prise comme milieu de culture, l'histoire naturelle d'un microorganisme dans les phases progressives et variées de sa complète évolution. Il a cru possible de discerner, au milieu de la luxuriante floraison cryptogamique de la bouche, quatre microorganismes distincts représentant quatre phases successives de développement d'un seul et même organisme. Le leptothrix racemosa affecterait, suivant lui, dans sa phase initiale la forme *bacillaire* ; la seconde phase serait représentée par un *filament formant mycelium* ; la phase d'organisation plus avancée constitue *le filament fertile* du leptothrix, que l'auteur considère comme étant une végétation incomplètement aérienne ; enfin la phase définitive offrirait les caractères particuliers que nous savons appartenir à l'*appareil sporulaire* ou *têtes fertiles* du racemosa et qui constitue une végétation complètement aérienne. Comment Vicentini a-t-il pu suivre dans la bouche les transitions graduelles, phase à phase, de ce microorganisme depuis la forme du début jusqu'à sa parfaite organisation ? La question demeure pour moi encore insoluble. Certes, lorsqu'un observateur de cette valeur se croit en mesure d'avancer un fait, il convient d'accueillir ce dernier avec considération et respect. Sans doute aussi, une conception bactériologique particulière, des procédés de recherches distincts, de méthodes personnelles ont valu à l'auteur l'honneur d'une découverte pour le moins intéressante. En effet, ce n'est pas, comme le voudrait Williams, parce qu'on avait l'habitude d'étudier les préparations dans le baume de Canada que l'organisme de Vicentini demeura si longtemps ignoré, c'est parce que les manœuvres mises en pratique par les méthodes courantes tendaient à détruire la structure fragile de l'organisation sporifère.

Tout en rendant ample justice à ce qu'il y a de fondé et de rationnel dans l'œuvre de Vicentini, on est contraint cependant d'exprimer des réserves lorsqu'il s'agit des af-

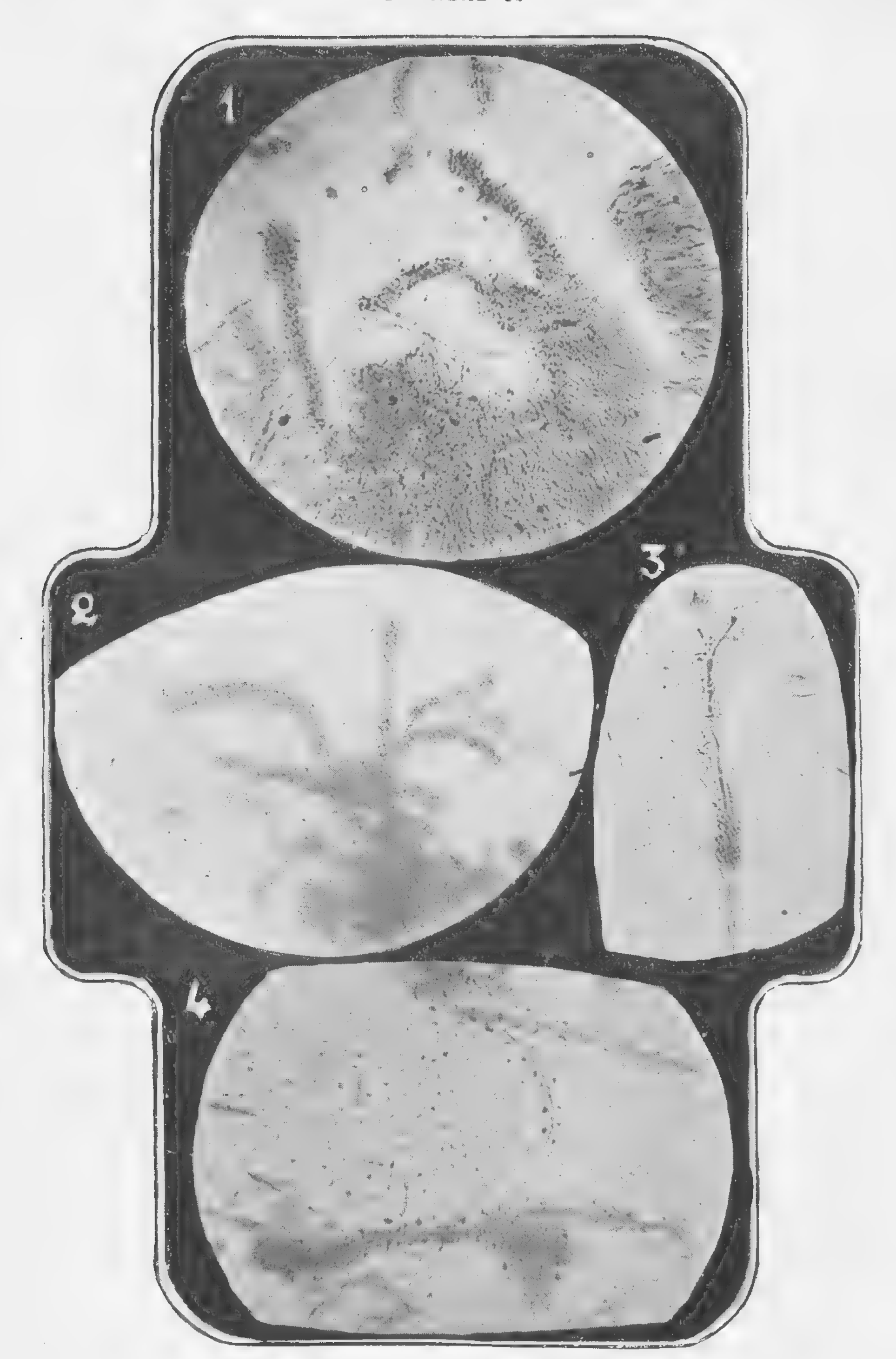
firmations qu'aucune preuve n'est venue jusqu'ici confirmer.

Avec tous les observateurs j'ai pu mettre en évidence et étudier l'appareil de fructification du racemosa, ainsi que le filament fertile, et morphologiquement on peut les considérer comme des faits définitivement acquis. Mais, en attendant la démonstration nécessaire et le triomphe complet des idées de Vicentini, il convient de fixer *là* les limites de nos connaissances touchant le nouvel organisme. Bien entendu, lorsqu'il s'agit d'un élément aussi hautement organisé que l'est le complexus sporulaire du racemosa, la valeur de la morphologie comme moyen de reconnaissance ne saurait être contestée. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il est question d'une simple formation bacillaire qui se trouve dans la bouche en quantité incalculable et qui, par définition, se ressemble malgré la divergence de nature, de réaction, de fonction pathogène. Pour faire accepter l'unité généalogique des quatre organismes en discussion, il faut des preuves autrement décisives que celles fournies par un simple examen microscopique. Dans le cours de mes recherches sur le racemosa, j'ai isolé en culture pure (sur gélatine avec 5 o/o de glucose) un organisme bacillaire à transformation filamenteuse qui offre morphologiquement les plus grandes ressemblances avec le filament fertile du racemosa. Mais aussi longtemps que les relations de sa parenté avec les « têtes fertiles » ne seront pas démontrées, je serais réduit à une extrême réserve. Ces mêmes réserves me semblent s'imposer en ce qui concerne les deux organismes qui, suivant Vicentini, représenteraient les deux premières phases du développement du racemosa.

C'est pourquoi notre étude a porté uniquement sur les deux formes finales de l'organisme de Vicentini ; le corps sporulaire et le filament générateur qui nous paraissent appartenir sans conteste au seul et même organisme.

Le leptothrix racemosa est l'un des organismes les plus faciles à mettre en évidence, à condition d'opérer avec une certaine délicatesse. Le massif sporulaire attaché au filament

PLANCHE I.




Phot. 1. — Appareils sporifères du leptothrix racemosa. Colorat. fuschine à chaud. Obj. Seitz immens. 1/12; Oc. 2.

Phot. 2. — Bouquet de têtes fertiles du leptothrix racemosa. Coloration au violet de gentiane aniline, méthode de Williams. Obj. Seitz immens 1/12; Oc 2.

Phot. 3. — Filament du leptothrix racemosa en partie dépouillé de son appareil sporifère, dont il reste quelques vestiges en bas de l'image Le renflement terminal correspond au point extrême de la tête fertile. On aperçoit au milieu une portion segmentée, séparée par deux espaces claires. Coloration fuschine à chaud. Obj. Seitz 1/12; Oc. Huygh nº 2.

Phot. 4 — Filament du racemosa dans son parcours au milieu de la tête fertile; l'extrémité gauche se perd dans la masse de l'appareil sporifère. Un peu au-dessus on voit deux élements filamenteux, offrant les phénomènes de sporulation. Colorat. fuschine à chaud. Obj. imm. Seitz 1/12; Oc. 6.

x6(

fertile est d'une fragilité extrême et commande quelques précautions. On peut se procurer le racemosa à tout moment, puisqu'il est l'hôte constant de la bouche ; il est préférable cependant de l'y chercher avant les repas, parce que la mastication constitue à son égard une opération meurtrière et qu'il est alors noyé au milieu des matières alimentaires. Vicentini recommande de le recueillir le matin avant l'emploi de la brosse.

Pour déterminer sur-le-champ la présence de ce microorganisme, le moyen le plus expéditif est, à mon avis, le suivant : après avoir fait passer un courant d'eau stérilisée dans un espace interdentaire quelconque, lieu où le microorganisme se développe le plus abondamment, on détache avec un instrument effilé de la surface proximale de la dent un peu de « materia alba » des auteurs classiques ; doucement on l'étale sur une lamelle dans une goutte de bleu de Kuhn. Au bout d'une ou deux minutes on y dépose une goutte de glycérine, on retourne la lamelle sur un couvre-objet et on lute à la paraffine. La préparation est prête à être examinée.

La méthode, préconisée par Vicentini[1], méthode qui le conduisit à sa découverte, se recommande par une grande simplicité : une petite parcelle de matière prélevée sur les dents est déposée sur une lamelle ; on fait agir une goutte d'acide lactique pure, puis une ou deux gouttes d'une solution d'iode iodurée à 5 o/o. Les masses du racemosa se colorent faiblement en jaune ; d'autres microorganismes ayant une affinité pour l'iode se colorent en beau violet ; tels sont les éléments décrits par Miller[2], bacillus buccalis maximus, iodococcus vaginatus, etc.

Mummery[3] dans sa communication au Congrès de 1900 a donné de cette méthode une description inexacte, que Vicentini[4] a cru devoir rectifier. J'avoue que, même ainsi reconsti-

---

1. Vicentini. *Bacterie of the sputa and cryptogamic flora of the mouth,*
2. Miller, *Die Microorganismen der Mundhöhle.*
3. Mummery, Compte rendu du Congrès de 1900.
4. Vicentini, *loc. cit.*

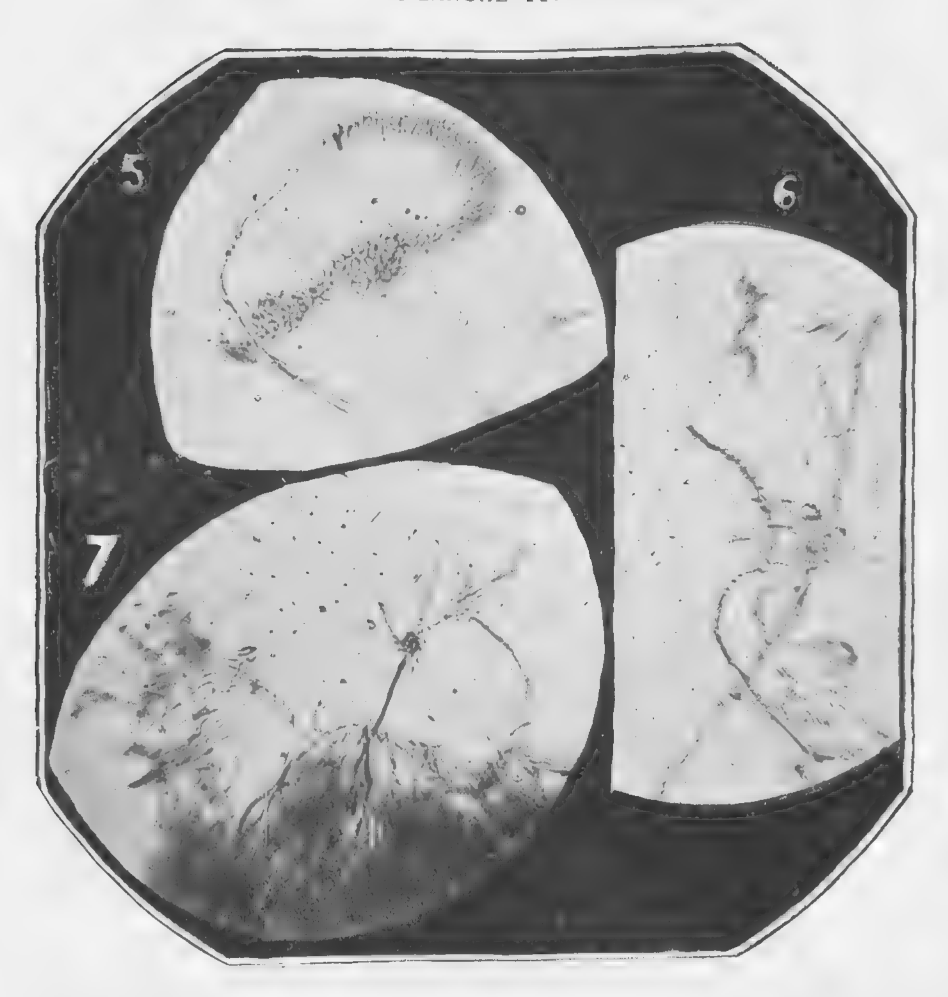
tuée, et malgré le prestige que lui confère le nom de son auteur, cette méthode ne m'a donné que des résultats médiocres. Je l'ai essayée nombre de fois et fus contraint d'y renoncer. Le savant italien s'étonne qu'aucun des observateurs venus après lui n'ait eu recours à sa méthode ; pour moi, au contraire, l'étonnant est de penser qu'avec une méthode de recherche aussi imparfaite il lui fut possible de donner de son organisme une description aussi exacte, une étude aussi minutieuse. Quelle vision lumineuse, pénétrante lui fallait-il pour analyser les pâles détails de l'image qui, malgré les secours du diaphragme, se détachent à peine sur le champ du microscope !

Goadby[1] décrit un procédé qu'il utilisait pour l'étude du racemosa et qui consiste à faire avec une parcelle de matière interdentaire une émulsion dans une petite quantité d'eau stérilisée. Après avoir bien agité le liquide, on dépose une goutte sur une lamelle et on laisse sécher ; la coloration se fait ensuite par la méthode de Gram avec de l'alcool chloroformé comme décolorant. Ce procédé donne parfois des renseignements intéressants ; mais il ne saurait être une méthode d'étude générale de cet organisme.

Toute différente est la méthode de Williams, qui réalise un progrès de technique indéniable. Voici comment il la décrit :[2] « Un jet d'eau stérilisée est envoyé à l'aide d'une puissante seringue dans l'angle où se rencontrent deux dents, la première et la seconde molaire par exemple. Avec un instrument pointu et tranchant, préalablement stérilisé, je détache une portion de la plaque gélatineuse microbienne, qui se rencontre presque toujours sur les faces proximales des dents même bien soignées. Nous trouvons sur cet instrument une petite masse de substance gris-blanchâtre qui y adhère avec une ténacité considérable. Cela est placé dans un verre de montre bien propre et recouvert de 20 à 30 gouttes de solution aqueuse plutôt faible de violet de gentiane aniliné. La

1. Goadby, *Dental Cosmos*, 1900.
2. Williams, *loc. cit.*

Planche II.




Phot. 5. — Filament du leptothrix racemosa avec son appareil sporifère ; à l'intérieur de la gaîne transparente on voit le protoplasma donnant des formations en bâtonnets. Coloration au violet de gentiane aniline. Object. à imm. 1/12 ; Oc. Huyghens, 2.

Phot. 6. — Filaments du racemosa au stade initial de sporulation. Coloration méthode de Williams. Object. Seitz imm. 1/12 ; Oc. Huygh. n° 2.

Phot. 7. — Filaments du racemosa portant à leur extrémité des formations sporulaires. Color. méth. de Williams. Obj. Seitz imm. 1/12 · Oc. 2.

masse est destinée à y séjourner pendant douze heures, en prenant soin de la tirer de temps en temps, afin de permettre au liquide colorant d'y pénétrer autant qu'il est possible. On verse ensuite le liquide colorant, et on lave la masse avec quelques gouttes d'eau stérilisée, puis avec un mélange par parties égales de glycérine, d'alcool et d'eau. Une goutte du même mélange est placée sur un couvre-objet, on y dépose la masse colorée que l'on tire dans tous les côtés autant qu'il est possible, enfin on applique la préparation sur une lame, en prenant soin d'exercer tout d'abord le moins de pression possible. »

La méthode de Williams permet d'obtenir de fort belles préparations. Je lui dois le plaisir d'avoir pu pour la première fois admirer la délicate construction des têtes fertiles du racemosa. Mais pour quelques préparations vraiment pleines d'intérêt que j'ai pu réussir grâce à cette méthode, combien d'insuffisantes, de défectueuses! Que de matinées passées à chercher la chance d'une « heureuse » préparation, suivant l'expression de Williams, sans pouvoir l'obtenir! Sans doute les détails intéressants ne manquaient point; mais peu de choses suffisamment complètes, suffisamment nettes, que la photographie aurait pu reproduire avec profit.

Un des inconvénients de la méthode de Williams réside dans la facilité avec laquelle les préparations s'écrasent. Mes meilleures préparations furent ainsi écrasées le plus souvent par des amis non prévenus, à qui je les ai montrées. Il suffit que la lamelle couvre-objet soit un peu épaisse pour que, avec l'immersion, un léger mouvement de la vis micrométrique devienne fatal. Le même accident m'est arrivé lorsque je prenais mes photo-micrographies. Un autre désavantage consiste dans la durée de douze heures qu'il faut pour obtenir la coloration. Parfois ce temps n'est même pas suffisant, la partie justement intéressante de la préparation restant pâle ou incolore. Aussi lui ai-je substitué un procédé plus rapide, plus fixe, qui, s'il ne permet pas toujours d'obtenir une netteté égale aux préparations réussies au violet de gentiane, procure du moins des résul-

tats immédiats, constants et souvent des images très belles et très instructives. Voici comment je procède :

Une goutte d'eau distillée et stérilisée est placée sur une lamelle couvre-objet. J'y dépose un peu de matière prélevée avec des précautions aseptiques dans quelque interstice dentaire ; très doucement je l'étale sur toute la lamelle ; une fois que c'est sec, je fixe avec un mélange à parties égales d'alcool et d'éther, à la manière de Nicole. La lamelle est ensuite introduite dans un bain de Ziel très étendu d'eau. On chauffe jusqu'à l'apparition nette des vapeurs, et on lave dans l'eau distillée additionnée de quelques gouttes d'alcool. Pour monter on utilise une goutte d'un mélange de glycérine et d'eau et on lute à la paraffine.

Lorsqu'on examine une préparation obtenue par l'un des procédés indiqués, on peut voir, au milieu d'une agglomération d'organismes polymorphes, se détacher un certain nombre de formations cocciques, ayant le plus souvent l'aspect de massues et remarquables par le groupement très spécial de leurs éléments constitutifs. Ces formations représentent précisément ce que l'on appelle les têtes fertiles du leptothrix racemosa de Vicentini (voir photographie n$^{os}$ 1, 2). Le centre de ces massifs est toujours parcouru par un élément filamenteux, filament fertile du racemosa. L'ensemble de ce complexus microscopique est connu sous le nom de leptothrix racemosa.

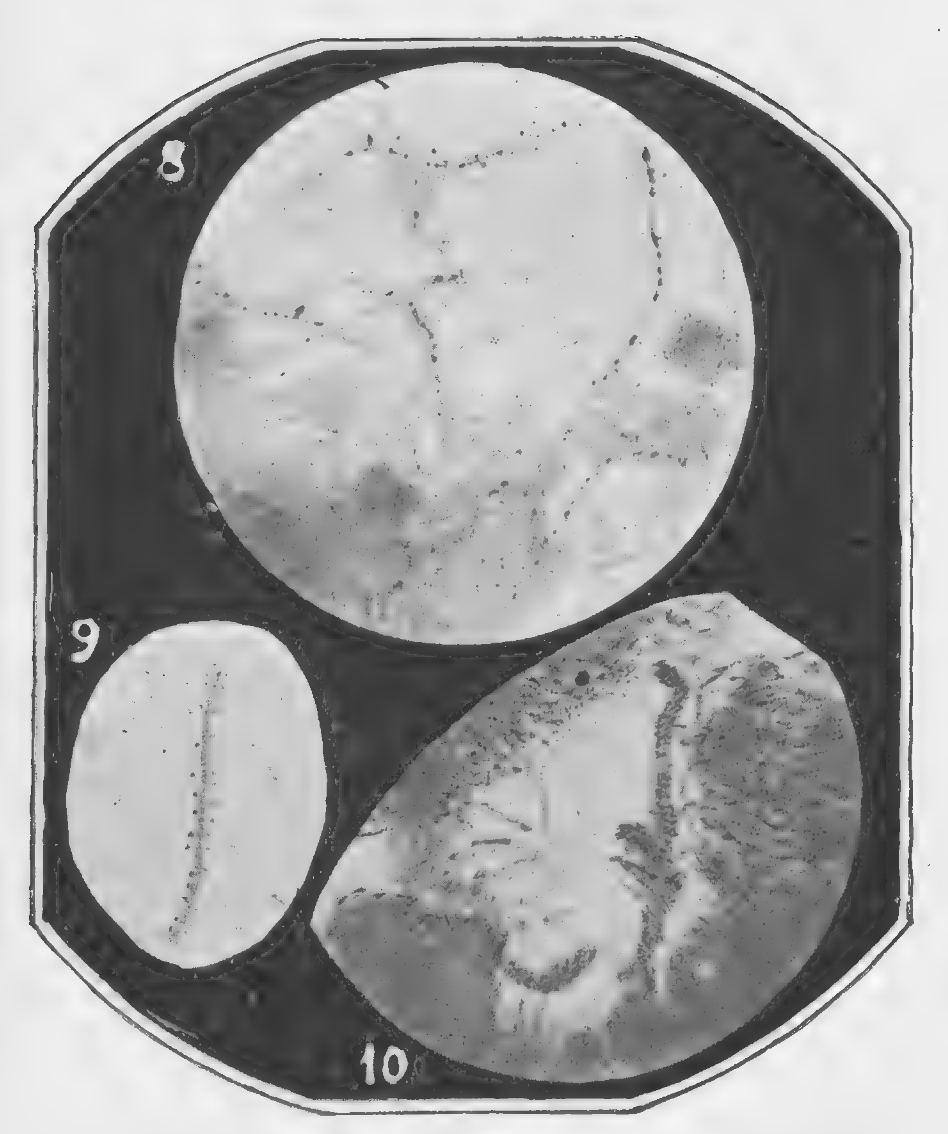
Nous allons donc considérer distinctement le filament central et l'organisation sporifère.

Parmi les microorganismes qui « fleurissent » à l'état normal dans la cavité buccale, l'élément filamenteux, compris sous le nom générique du leptothrix, s'y montre avec une prédilection particulière. Dans un article plein d'intérêt que je me plais à citer [1], MM. les D$^{rs}$ Frey et Lemerle ont donné sur ce sujet un aperçu des plus instructifs. Bien que

---

1. D$^{r}$ Frey et Lemerle, *Les leptothrix de la bouche ;* communication au Congrès de Montauban, 1902.

PLANCHE III.




Phot. 8. — Filaments du racemosa en pleine période de sporulation. Colorat. fuschine à chaud après fixation par alcool-éther. Object. Seitz, 1/12 immers.; Oc. 6.

Phot. 9. — Une des formes très fréquentes de sporulation des bactéries de la bouche. Colorat. fusch. à chaud. Object. Seitz, imm. 1/12 ; Oc. 2.

Phot. 10. — Fil. fertile montrant à son extrémité un renflement du filament générateur.

l'œil exercé soit apte à discerner dans le nombre ce qui appartient au racemosa, il convient, par crainte d'erreur, et pour s'en faire une notion exacte, d'étudier le filament fertile sur les exemples où ses connexions avec l'appareil sporifère sont manifestes.

L'étude du filament est quelque peu malaisée, car il résiste à l'action des colorants. Même traitées à chaud, les couleurs d'anilines l'affectent à peine; on ne peut le photographier qu'imparfaitement.

Le filament est simple, non ramifié. Sur des centaines de préparations que j'ai examinées, je n'ai guère trouvé de ramifications véritables. Une ou deux fois j'ai aperçu un petit filament collatéral, divergent du tronc principal semblable à une ramification de Cladothrix ; mais il se peut qu'il n'y ait là qu'une simple coalescence des éléments distincts, comme il en arrive fréquemment en bactériologie.

Le filament est presque cylindrique sur tout son parcours. Assez souvent j'ai pu constater un renflement pyriforme à l'extrémité correspondant au développement (voir figure 3); parfois le renflement s'observait au milieu. Il est formé d'une gaîne transparente qui *n'offre pas la réaction de la cellulose.* L'action du chloro-iodure de zinc que j'ai essayé à froid et à chaud ne donne pas la coloration caractéristique de la cellulose. La constitution serait donc distincte de celle du thalle des mucorinées, notamment le *mucor mucédo*, avec lequel MM. Frey et Lemerle seraient disposés à classer l'organisme.

Le filament souvent très long décrit un tracé caractéristique qui rappelle assez exactement le trajet des fleuves sur les cartes de géographie. Il n'a pas les contours nets, découpés que présentent un grand nombre de microorganismes de la bouche. Ils ont presque tous le même diamètre transversal et n'atteignent jamais l'épaisseur du bacillus maximus de Miller. Celui-ci d'ailleurs est facile à distinguer, grâce à sa sensibilité aux matières colorantes qu'il prend aisément.

La gaîne du filament renferme du protoplasma hyalin,

tantôt homogène, tantôt fortement granuleux. On peut y reconnaître des éléments sphériques très réfringents lorsque la préparation n'est pas colorée et qui offrent les apparences des spores; elles sont disposées soit en chapelets, soit à des distances régulières. Souvent, on distingue de place en place la présence de cloisons transversales appréciables à leur coloration plus foncée. Dans quelques cas, j'ai pu voir, ainsi que le montre la photographie n° 5, la substance protoplasmique se condenser dans l'intérieur de la gaîne et donner lieu à des formations nettement bacillaires, séparées les unes des autres par des espaces claires. J'ai pu également observer, quoique rarement, les phénomènes de segmentation en articles.

En résumé, le filament du racemosa offre, avec une organisation plus complexe, la plupart des caractères morphologiques de la famille des leptothrichées.

Le sujet devient plus spécial avec l'étude de l'appareil sporifère. L'organisme de Vicentini présente ceci de nouveau et de particulier qu'il s'éloigne des modes de reproduction habituelle des bactéries. Celles-ci, on le sait, se multiplient soit par simple division ou scissiparité, soit par sporulation endogène, soit enfin par un mécanisme extrêmement simple qui les a fait classer par du Bary parmi les bactéries *arthrorposées*. Le racemosa, lui, organise son appareil sporulaire en sorte que l'on est tenté de le classer parmi les champignons.

En effet lorsqu'on examine à un fort grossissement, de préférence avec un objectif à immersion, ce que l'on appelle les têtes fertiles du leptothrix racemosa, on constate que l'on se trouve en présence de formations régulièrement et délicatement constituées d'un véritable appareil sporifère. Autour d'un filament central déjà étudié et parallèlement à sa direction se groupent plusieurs rangées régulières et symétriques de corpuscules arrondis, micrococciques donnant lieu, dans la forme typique, à un massif cylindrique droit ou recourbé. Le plus souvent, soit par suite de l'adjonction de corpuscules secondairement formés, soit de l'accumulation des

corpuscules de voisinage, le cylindre primitif prend la forme de massues. L'ensemble de ces multiples éléments est noyé dans une masse gélatineuse vraisemblablement sécrété par le filament générateur. Il n'y a pas ici de membrane d'enveloppe renfermant les spores et formant sporange au sens propre. Les corpuscules sont libres. Ils prennent facilement toutes les couleurs basiques (et non pas uniquement le violet de gentiane, comme on l'a dit) et se détachent nettement dans la masse gélatineuse qui se colore faiblement. Cette affinité pour les matières colorantes n'est pas sans élever quelques doutes sur leur valeur sporulaire, attendu que les spores résistent notablement à l'action des colorants, grâce à l'imperméabilité de leur enveloppe. La disposition des corpuscules autour du filament central est surtout bien visible sur les sections transversales. Suivant Vicentini, il n'y aurait que six rangées autour de chaque filament fertile, Mummery et Williams estiment au contraire que le nombre en est plus considérable, pour le professeur Arkövy il n'y a que quatre rangées. Je crois, avec Vicentini, que dans les formes types, non hypertrophiées, le nombre de rangs ne s'élève pas au-dessus de six. Mais ce nombre peut augmenter avec la prolifération des éléments sporulaires qui apparemment se multiplient par scissiparité.

Un point délicat et sur lequel je demeure hésitant est la question des stérigmates. Les corpuscules sont-ils simplement groupés autour de la tige mère, ou bien existe-t-il toujours, en permanence de fins pédoncules les attachant au filament ? Sommes-nous ici en présence de véritables stérigmates analogues à celles que nous savons exister chez les Basidiomycètes ? Ne serions-nous plutôt en face d'une organisation comparable à celle que l'on observe chez les périsporiacées ? En vérité, malgré le document photographique de Williams, je n'ose me prononcer pour l'affirmative. Sans doute l'aspect pyriforme des corps sporulaires ayant leur extrémité effilée dirigée vers le centre tendrait en faveur de l'existence des pédoncules. Sans doute aussi la parfaite unité, l'ordonnance d'organisation de ce massif, formant un

bloc fragile, une individualité bien distincte, incline la pensée vers cette hypothèse d'autant plus aisément que les faits de morphologie comparée des thallophytes n'offrent rien de contraire à une telle conception. Mais, je dois dire que ma conviction, malgré une patiente recherche et la disposition d'esprit la plus favorable, reste hésitante; l'existence des stérigmates est pour moi un fait que j'accepte provisoirement.

Je suis pourtant loin de l'opinion exprimée par M. Goadby suivant laquelle le groupement des corpuscules autour du filament central serait le simple résultat d'un artifice de préparation. Une semblable méconnaissance des faits évidents est de nature à surprendre de la part d'un bactériologiste aussi distingué, aussi expérimenté que lui.

La différenciation du filament en basidie me semble également problématique. Dans mes recherches je me suis vivement attaché à l'étude de cette question et plusieurs de mes photographies l'attestent. Je n'ai guère constaté de modifications suffisamment précises dans ce sens. Williams dans la photographie n° 27[1] représente un élément filamenteux auquel il voudrait attribuer la valeur d'une basidie. Je crains, que cette attribution ne soit contraire à la réalité des faits. A l'exception d'un renflement à l'extrémité de la tige, on n'observe point de formations spécialisées ayant un caractère général. Ici encore je reste dans l'expectative.

Dans le cours de cette étude, en employant le procédé de fixation alcool-éther et de coloration à chaud, j'avais été frappé, surtout dans les préparations faites le matin avant le nettoyage des dents, de l'épanouissement prodigieux des phénomènes de sporulation, dont le type le plus précis est représenté par la figure n° 9. Le phénomène est général; les organismes qui n'offrent en apparence rien de commun avec le racemosa, comme celui que je viens d'indiquer, montrent une sporulation extrêmement active. L'arrangement assez régulier des corpuscules sphériques autour de l'élément générateur (?) est digne d'attirer l'attention de celui qui étudie

1. Williams, *loc. cit.*

le leptothrix racemosa. Le phénomène mérite considération en tant que caractère biologique général des leptothrix, caractère encore ignoré jusqu'ici, d'après les classiques.

Mais sommes-nous ici en présence d'une sporulation véritable? N'est-il pas légitime de nous demander avec Mummery : « les organismes à apparence sporulaire décrits par Vicentini sous le nom de leptothrix racemosa offrent-ils l'exemple d'une sporulation véritable? » On conçoit que sur cette question, comme sur tant d'autres que soulève le racemosa, les preuves morphologiques de Vicentini, les développements empreintes à la morphologie comparée ne sauraient suffire. Pour y répondre il faut recourir à la grande méthode biologique et expérimentale, à l'isolement, aux cultures pures, aux réactions physico-chimiques, physiologiques, en un mot à cette méthode rigide, rigoureuse de la bactériologie moderne que Vicentini critique avec conviction et éloquence.

# ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an,**
**Lignes en sus : 10 fr. la ligne.** } **dans 24 numéros.**

**C. Ash et fils** (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

**Dr Bengué** (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

**Clin et Cie** (*Produits pharmaceutiques, Adrénaline, Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-St-Jacques, PARIS. **TÉLEPHONE 806.37 — 815-84.**

**J. Fanguet, Georges Clotte, sr** (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.

**Comptoir international** (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

**Contenau et Godart fils** (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

**Cornelsen** (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

**A. Debraux, profr** (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

**Alfred Joliot** (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

**L. Mairlot** (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

**Mamelzer et fils** (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**

**A. Mellottée**, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

**P. Périé fils** (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

**B. Platschick** (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Reymond frères** (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

**Victor Simon et Cie** (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

**Société coopér. des dent. de Fr.**, 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

***Société Française de Fournitures Dentaires.*** — 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214-47.** Adr. téleg. : Sociédents. — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

**Syndicat Français** (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

**Vve J. Wirth** (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.43**

## EMPLOI DES ADRÉNALINES EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par le Dr L. GRANJON.

*(Communication au Congrès d'Angers et à la Société d'Odontologie, séance du 23 juin 1903.)*

J'ai l'intention de vous parler des très grands avantages que nous pouvons retirer de l'emploi de l'adrénaline. Je me suis assez longuement occupé de cette question, j'en ai fait le sujet de ma thèse inaugurale : je suis de plus en plus convaincu que l'usage *rationnel* de ce produit très actif, très maniable et inoffensif aux doses thérapeutiques qui nous sont utiles, peut et doit se généraliser dans une profession où la congestion, l'hémorragie et la douleur sont si gênantes au cours d'affections qui exigent très fréquemment notre intervention.

Je ne vous entretiendrai que des applications pratiques, en laissant de côté ou en effleurant seulement nombre de points, utiles pourtant à connaître, si l'on veut employer le médicament en toute connaissance de cause. Je me garderai surtout de faire l'historique d'applications dont un grand nombre étaient assez logiques et par suite assez faciles à découvrir pour que plusieurs praticiens s'en fussent attribuées la paternité, de très bonne foi d'ailleurs.

Cette communication a été intitulée : « Étude des adrénalines » ; il m'a semblé en effet ressortir de l'étude des faits et de certaines recherches expérimentales que l'adrénaline, qui est, comme vous le savez, extraite des capsules surrénales des animaux, n'existe pas ou du moins pas encore comme produit chimiquement défini ; on a actuellement des produits encore mal connus, ayant pour la plupart comme fonction commune des propriétés vaso-constrictives énergiques qui dominent leur histoire thérapeutique et probablement aussi d'autres propriétés distinctes.

Ainsi entendue, l'adrénaline est un produit cristallisé, soluble dans l'eau, qui semble devoir être rangé chimiquement parmi les premiers produits de transformation des

matières albuminoïdes. Elle est actuellement employée en solution au millième dans l'eau, avec addition d'acide chlorhydrique et de chlorétone (celui-ci à 0 gr. 5 pour 1.000, pour conserver la solution); il se fait aussi des adrénalines dans lesquelles l'acide minéral, chlorhydrique ou phosphorique, est totalement ou en partie combiné à des produits organiques.

Quand le principe est injecté directement dans le système veineux, il se produit des troubles profonds de la circulation : on constate une hypertension considérable, de courte durée, suivie d'une hypotension également courte; cette faible durée tient à l'oxydation, d'où destruction de l'adrénaline au contact de l'hémoglobine du sang. L'hypertension est due à la contraction des artérioles périphériques, et dépend de l'excitation des ganglions nerveux périphériques. L'énergie du cœur est augmentée, également pour peu de temps et ce fait a de l'importance si l'on veut bien se rappeler l'effet dépressif de la cocaïne qui est souvent associée à l'adrénaline. Les effets physiologiques sur les autres appareils ont beaucoup moins d'intérêt pour nous.

Quoi qu'il en soit, et contrairement à l'opinion de Takamine, l'injection dans le système veineux est suivie d'effets toxiques, rapidement mortels si l'on force les doses, qui diffèrent suivant une foule de circonstances, oxydation ou altération de la solution, état de maladie ou de surmenage des animaux utilisés pour l'extraction du produit, plus ou moins grande résistance du sujet, etc...

Le fait intéressant, capital, pour nous est que ces effets sphygmogéniques ou toxiques graves font entièrement défaut quand on fait l'injection dans les tissus (peau, muqueuses, etc...), car la destruction se fait rapidement et complètement ensuite après production de l'effet thérapeutique.

### *Action locale. Accidents.*

L'application d'une solution au millième sur une muqueuse est suivie d'une vaso-constriction énergique qui se traduit extérieurement par la blancheur des tissus. Cette

ischémie a une durée variable suivant les sujets et surtout suivant les tissus : les muqueuses à mailles serrées par exemple retiennent plus longtemps le médicament en réserve et lui permettent d'agir progressivement par diffusion en l'empêchant d'être tout de suite mis au contact de l'oxyhémoglobine et d'être détruit par elle.

L'action hémostatique, corollaire de la précédente, est nettement supérieure à celle de tous les hémostatiques connus ; elle est remarquable en tous points, surtout chez les sujets hémophiliques, elle est formellement utilisée pour *prévenir* les hémorragies.

On a attribué à l'adrénaline, comme d'ailleurs à tous les médicaments actifs nouveaux, toutes les qualités, puis tous les défauts. Sans parler d'accidents graves, imputables à la mauvaise qualité du produit et qui peuvent aussi s'observer avec nombre d'autres médicaments, il faut parler des hémorragies secondaires qu'on a trop mises, à mon avis, sur le compte de l'adrénaline.

J'ai cru pouvoir conclure de mes recherches, longuement exposées dans ma thèse inaugurale, que ces cas sont rares, et cela d'autant plus que la dose de produit actif est plus forte, quoique l'adrénaline soit le plus souvent employée dans les cas où les hémostatiques habituels ont échoué ; on les rencontre plus rarement que dans les cas similaires où, toutes choses égales d'ailleurs, on n'a pas employé l'adrénaline ; la congestion passive, qui suit fatalement la vasoconstriction, se produira seulement lorsque le caillot primitif sera déjà assez consistant ; là encore, le bon sens et l'esprit de clairvoyance de l'opérateur entreront en ligne de compte pour éviter, par des précautions préventives appropriées, la production des hémorragies secondaires qui dans certains cas (chirurgie des fosses nasales, de la vessie, etc...) se produiraient fatalement.

La moindre résistance à l'infection, non prouvée d'ailleurs, ne sera pas une contre-indication pour l'emploi dans la cavité buccale ; les quelques autres accidents toxiques, rares à la vérité, ne se produiront pas non plus aux doses si faibles

qui nous sont nécessaires, ou du moins sont assez peu accentués pour être négligés ; et c'est pour être prudents à l'excès qu'il faut conseiller de diminuer les doses chez les enfants, les vieillards, les artério-scléreux et les brightiques.

### *Mode d'emploi. Applications diverses.*

La solution au millième est la plus employée, car elle est facilement dosable par gouttes et relativement stable. Il importe, avant de se servir de telle ou telle marque, d'en avoir au préalable constaté l'activité, l'innocuité et la stabilité dans la pratique d'un confrère, de n'essayer un produit nouveau qu'en s'entourant de toutes les garanties nécessaires, trop longues à exposer dans ce travail. Toutes les adrénalines actuelles s'altèrent, plus ou moins, à l'air et à la lumière, surtout en solution peu acide (elles sont irritantes si l'acidité est prononcée). Il faut donc les tenir dans un récipient coloré, bien bouché, et surtout exiger des fabricants la livraison en petits tubes, de 5 c. m. c., par exemple. On doit rejeter les solutions brunes, contenant des filaments ou même trop fortement rosées, cette coloration étant fonction de l'oxydation. En dernier lieu, il faut avoir un compte-gouttes stérile ou tout au moins un flacon compte-gouttes.

Cette solution au millième peut être diluée dans de l'eau stérilisée ou dans une solution d'un médicament adjuvant, le chlorhydrate de cocaïne par exemple, soit en applications, soit en injections. Il ne faut jamais dépasser la dose de deux milligrammes (40 gouttes) chez l'adulte, un milligramme chez le vieillard, un demi (10 gouttes) chez l'enfant. Pratiquement, on se tiendra, surtout en chirurgie dentaire, bien au-dessous de ces doses.

Quelque intérêt qui s'attache à l'étude de l'emploi des adrénalines dans les diverses branches médico-chirurgicales, je donnerai seulement les conclusions de mes recherches, bibliographiques et cliniques, pour avoir quelques renseignements utiles au chirurgien-dentiste :

1° L'adrénaline est extrêmement utile pour arrêter les hémorragies produites par solution de continuité des té-

guments, du tissu cellulaire et même de quelques viscères ;

2° Au cours de très nombreuses opérations, surtout sur des régions peu étendues, elle est à l'heure actuelle à peu près indispensable pour arrêter les hémorragies et surtout les prévenir, pour permettre d'opérer à blanc ;

3° Elle est appliquée avec succès toutes les fois qu'on veut obtenir dans un but thérapeutique une décongestion passagère ; elle amène rarement des réactions vaso-dilatatrices ;

4° Associée à la cocaïne, elle forme un mélange anesthésique et hémostatique puissant, avec de faibles quantités de produits actifs ; cette action est particulièrement remarquable dans les tissus enflammés où la cocaïne seule n'agit pas.

### *L'adrénaline employée seule en chirurgie dentaire.*

L'étude de ces applications est plus facile et plus brève à exposer quand on connaît l'action physiologique et surtout thérapeutique de l'adrénaline, et ses emplois en clinique. La connaissance des services rendus dans les diverses branches de l'art de guérir laisse déjà entrevoir au chirurgien-dentiste tout le profit qu'il pourra retirer de l'emploi judicieux du médicament nouveau.

Tout d'abord, comme il était facile de le prévoir, l'adrénaline constitue le meilleur hémostatique en applications locales, pour les hémorragies, assez fréquentes, et souvent difficiles à arrêter, qui suivent les extractions dentaires, surtout chez les hémophiles. Je n'insisterai pas sur cette action, elle est assez connue. Pratiquement, si une alvéole saigne, on fera des irrigations, avec de l'eau très chaude et de l'eau oxygénée, puis, après assèchement relatif par compression, on placera un tampon d'ouate stérilisé, s'adaptant autant qu'il est possible à la forme de la cavité, imbibé d'une solution d'adrénaline au millième ; on laisse en place quelques minutes, et, après arrêt de l'hémorragie, on laisse un tampon superficiel que le malade enlèvera ou renouvellera suivant les cas ; on lui recommandera aussi de se laver la bouche plusieurs fois par jour et d'éviter de sucer

son alvéole. Dans quelques cas très rares où l'hémorragie vient de vaisseaux profonds ou de l'artère pulpaire, le tampon sera laissé plus longtemps, il agira autant par action mécanique du tamponnement. Les résultats sont excellents, même quand tous les autres procédés ont échoué. Je n'ai jamais observé d'hémorragie secondaire, je n'en ai jamais entendu parler, et je ne crois pas qu'on ait l'occasion d'en observer si l'on prend les précautions indiquées plus haut.

L'emploi préventif, en badigeonnages, avant les extractions, sera bien rarement utile, maintenant qu'on dispose d'une substance injectable, qui donne avec la cocaïne de merveilleux résultats comme anesthésique et hémostatique.

Dans toutes les hémorragies de la muqueuse, dans toutes les petites opérations si fréquentes en chirurgie dentaire, l'hémostase sera obtenue aussi facilement, et là surtout à titre préventif : il suffit d'avoir une bonne solution, de l'appliquer sur un tampon d'ouate que l'on comprime légèrement sur la gencive en l'isolant de la salive soit par le doigt, soit par un morceau de digue ; dans le curettage alvéolaire, le traitement des caries du collet, l'excision des bourrelets de gencive dans les cavités de carie, le traitement des gencives fongueuses et saignantes, et surtout la préparation des racines pour les couronnes et dents à pivot, l'agent vaso-constricteur sera de la plus grande utilité. Les hémorragies pulpaires seront aussi facilement arrêtées, par application directe et compression après lavage et désinfection de la chambre pulpaire.

L'adrénaline peut être employée comme adjuvant de l'acide arsénieux dans la dévitalisation pulpaire (suppression de la congestion, et par suite de la douleur, pulpaire et périostée). J'ai insisté dans ma thèse sur le mode opératoire et les résultats de cette association ; je ne m'en occupe plus ici, car je crois que le procédé de dévitalisation par la cocaïne et l'adrénaline, dont il sera parlé plus loin, est bien supérieur au procédé par l'acide arsénieux et peut avantageusement lui être substitué dans tous les cas.

L'action thérapeutique proprement dite, antiphlogistique de l'adrénaline, n'est pas assez connue, assez évidente pour faire l'objet d'un exposé complet. Certes on a pu amender les symptômes douloureux de la pulpite et de la périostite, on a pu traiter des gingivites infectieuses ; mais là, pas plus que sur les autres muqueuses, le médicament n'a d'action curative ; il agit, semble-t-il, passagèrement et ne sera utile que pour faciliter l'absorption d'un agent thérapeutique ou faire franchir au patient la phase douloureuse critique d'un processus inflammatoire (abcès, périostite, etc...).

### *Anesthésie au cours des extractions.*

C'est surtout de l'association avec la cocaïne qu'on retirera les plus grands avantages de l'emploi de l'adrénaline pour obtenir une anesthésie profonde, durable, accompagnée d'ischémie des tissus, avec de faibles quantités de principes actifs, en particulier au cours des extractions.

L'emploi de l'association cocaïne et adrénaline a toujours donné d'excellents résultats à ceux qui ont eu ces derniers temps l'occasion de s'en servir. En permettant d'obtenir une abolition totale de la douleur avec très peu de principe actif, même dans les tissus fortement hyperhémiés, elle supprime les inconvénients de la cocaïne employée seule, et paraît devoir supplanter dans beaucoup de cas l'anesthésie générale, à longue ou courte durée.

Je fais le mélange extemporanément, en mettant dans une capsule de porcelaine stérilisée, suivant les effets plus ou moins marqués d'ischémie que je veux obtenir, une, deux, trois, quatre gouttes d'adrénaline à 1 p. 1.000, puis 1 c. m.c. de solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100. Les mélanges tout préparés sont plus altérables, la proportion de principes actifs ne change pas et n'est pas toujours dosée comme il le faut.

Le liquide est aspiré par la seringue dans la capsule et injecté dans la gencive. Je me sers pour cela d'un instrument que j'ai eu l'honneur de vous présenter ce matin, que je ne vous décrirai donc pas : c'est une seringue à instilla-

tion facultative, permettant de pousser fortement, lentement et sans fatigue une injection dans les tissus durs; elle est parfaitement étanche et facilement stérilisable.

L'injection, qu'on aura avantage à faire précéder d'une application locale de chloréthyle (procédé du Dr Sauvez) sera faite soit à mi-chemin entre le collet et la région de l'apex, soit plutôt, comme le fait M. Loup pour la cocaïne seule, dans le bourrelet gingival, où les mailles de tissu sont surtout serrées : l'expérience m'a montré que les meilleurs effets sont produits dans des tissus assez durs pour empêcher le liquide de diffuser rapidement dans le torrent circulatoire, pour le laisser ainsi exercer de proche en proche son action vaso-constrictive et arriver ainsi à ischémier et anesthésier les tissus les plus enflammés.

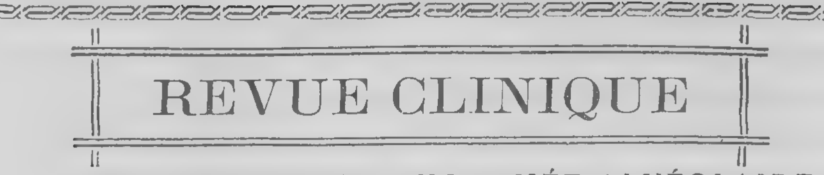
Ainsi employée, la cocaïne-adrénaline permettra d'extraire sans douleur les dents monoradiculaires avec 2 millig. de cocaïne et une demi-goutte de solution d'adrénaline ; les molaires avec une dose à peine double; il faut forcer un peu pour les molaires du bas et surtout la dent de six ans, fortement serties dans un tissu osseux à mailles serrées, et dont le bourrelet gingival n'est pas très loin du tissu cellulaire. Dans les cas les plus sérieux, ceux dans lesquels la cocaïne seule échoue si souvent, les périostites intenses avec abcès, fluxion, hyperhémie de la région, on pourra employer huit à dix milligrammes au plus de cocaïne pour trois à quatre gouttes d'adrénaline, en faisant l'injection en tissu dur, loin du foyer infectieux, et en rapprochant les piqûres à mesure que la région s'ischémie.

Les résultats sont excellents : dans ce dernier cas surtout, non seulement la dose d'alcaloïde est très diminuée, mais encore sa diffusion dans la circulation générale est très sensiblement retardée et c'est précisément la diffusion rapide qui a causé la plupart des accidents imputés à la cocaïne.

L'anesthésie est complète, même dans les cas de congestion intense. L'ischémie qui se produit, même chez les hémophiles, amène encore un résultat qui n'est pas sans valeur lorsqu'une racine est fracturée au cours de l'extrac-

tion : l'alvéole apparaît nette, il n'y a pas de sang, on voit ce que l'on fait et l'on peut appliquer sûrement l'élévateur ou le davier à racines approprié. Ce système de doses minimes permet enfin de pratiquer sans anesthésie un plus grand nombre d'extractions au cours d'une même séance.

Les accidents sont très rarement observés, surtout avec les injections de doses faibles. L'adrénaline par elle-même peut causer des troubles, généralement légers et fugaces, chez certains sujets (angoisse précordiale, sensation de contractions, puis de diminution des battements du cœur), mais c'est là l'exception. Les hémorragies secondaires, dont j'ai parlé plus haut, sont rares, plus peut-être que dans les autres méthodes, surtout si l'on prend les précautions nécessaires (propreté de la bouche, recommandations au malade, etc.).



# REVUE CLINIQUE

## TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par M. N. Boyadjieff, Chirurgien-dentiste à Sofia.

J'avais déjà présenté quelques observations sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire à la séance de la Société d'Odontologie de Paris du 18 novembre 1902. J'avais promis à l'honorable société de revenir sur cette question après avoir réuni un plus grand nombre d'observations. Depuis cette époque j'ai poursuivi mes études sur le traitement local de cette maladie.

La plupart des auteurs qui ont traité la pyorrhée alvéolaire sont d'accord pour reconnaître que les manifestations variées de cette affection ne sont en réalité que des symptômes d'un état pathologique de l'organisme. La pyorrhée alvéolaire n'est pas une maladie locale nettement caractérisée et son étiologie est encore très obscure. Dans la plupart des cas la pyorrhée paraît être la suite d'une diathèse constitutionnelle, c'est-à-dire d'une disposition spéciale de l'organisme.

Dans la thérapeutique de certaines maladies souvent on est obligé de soigner seulement les symptômes de la maladie, en laissant de côté pour une raison ou pour une autre la maladie elle-même ; c'est ce qu'on appelle la thérapeutique symptomatologique. Je me suis donc occupé de traiter la pyorrhée alvéolaire comme un symptôme local d'une diathèse générale de l'organisme.

Je m'empresse de dire que je choisissais seulement un cas de pyorrhée où l'état général du malade paraissait assez satisfaisant et la pyorrhée était localisée dans l'alvéole d'une, de deux ou au plus de trois dents.

Je commence par enlever les moindres parcelles de tartre ; ce nettoyage doit être fait le plus profondément possible sur la racine, avec la plus grande attention pour ne pas blesser ou ne pas déchirer inutilement l'alvéole.

J'emploie pour les injections dans l'alvéole une solution aqueuse de formaldéhyde à 1 o/o.

Les seringues ordinaires qui servent aux injections ont le bout de la canule aigu ; même avec la plus grande attention pendant ces injections on fait toujours des blessures plus ou moins étendues à l'alvéole. Pour éviter ces blessures qui sont nuisibles au traitement, j'ai été obligé d'employer une seringue spéciale, dont la canule est très effilée et le bout est mousse comme celui d'une sonde à explorer ; avec cette canule on peut enfoncer très profondément dans l'alvéole malade sans risquer de le blesser.

Les dents à traiter sont entourées d'ouate pour éviter que pendant les injections la solution ne se propage sur la muqueuse voisine et ne produise des irritations. Dans ces conditions on fait plusieurs injections dans l'alvéole malade, en enfonçant la canule de la seringue le plus profondément possible, sans toutefois enfoncer trop, pour ne pas produire des déchirures et ne pas amener l'écoulement du sang. Ces injections sont répétées tous les deux jours.

Il est d'une grande importance que les dents malades soient maintenues immobiles durant le traitement ; pour cela ces dents sont fixées aux dents voisines avec du fil de soie suivant la méthode du Dr Younger.

Le traitement dans ces conditions se poursuit régulièrement pendant deux ou trois semaines ; au bout de ce temps je puis obtenir pour la plupart des cas des résultats satisfaisants. Si les bons résultats se font attendre, je cesse le traitement pendant une ou deux semaines, en recommandant au malade de tenir sa bouche et surtout les dents malades dans un état d'hygiène parfait et d'éviter de mâcher avec les dents malades. Pendant le temps où l'on ne fait pas d'injections dans les alvéoles, les dents malades sont toujours maintenues fixées aux dents voisines par des fils de soie.

Pour certains cas rebelles de pyorrhée alvéolaire j'ai été obligé de faire de la révulsion au thermocautère sur la gencive des dents malades tous les dix ou douze jours.

Les résultats satisfaisants que j'ai pu obtenir par ce procédé m'ont décidé à le porter à la connaissance de mes confrères.

# ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

## SUR L'ORGANISATION DES TRAVAUX PRATIQUES DE BACTÉRIOLOGIE DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Par M. P. Ledoux,

Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

*(Communication au Congrès d'Angers.)*

Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris et M. Delair, président de la Section d'Odontologie au Congrès d'Angers, ont bien voulu me demander de présenter à ce congrès le présent rapport sur l'organisation des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

Depuis quelque vingt ans, les intéressants travaux publiés par tous les savants ont assigné à la bactériologie une place tellement prépondérante dans l'histoire de presque toutes les maladies que je craindrais de faire injure au bon sens en m'appliquant à montrer l'importance de la bactériologie dans la médecine dentaire. Je me bornerai donc à faire connaître brièvement la marche suivie dans nos travaux hebdomadaires, à esquisser le plan suivant lequel j'ai compris l'organisation des travaux pratiques dont on m'a confié la direction et à en dégager en quelque sorte l'idée directrice.

Comme toutes les sciences naturelles, la bactériologie est, avant tout, une science d'observation. Toutes les découvertes remarquables effectuées à la fin du siècle dernier dans cette branche de l'art médical sont le fruit des judicieuses observations ou des expériences ingénieuses des travailleurs de laboratoires et l'on peut dire qu'à partir du jour où Pasteur, en particulier, a publié les résultats de ses premiers travaux, toutes les méthodes d'enseignement médical ont été plus ou moins modifiées. Partout, les procédés souvent empiriques ont fait place à la méthode raisonnée et à l'observation scientifique rigoureuse. Au lieu de se borner à un examen superficiel d'un phénomène, non seulement on s'applique à en trouver la cause, mais on cherche à en provoquer la naissance dans les circonstances les plus variées afin de l'analyser à loisir. Cette méthode expérimentale a donné dans toutes les branches des sciences les plus heureux résultats.

En dehors des observations journalières faites à la clinique, il est donc de la plus haute importance d'initier aussitôt qu'il est possible les étudiants à la technique du laboratoire et de les habituer à suivre de près une expérience déterminée. Indépendamment de l'utilité immédiatement pratique, je dirai même pressante, de la bacté-

riologie pour tous ceux qui veulent embrasser une carrière médicale, cette science nous permet de développer chez nos élèves l'esprit d'observation et de les accoutumer à la recherche méthodique.

Mais s'il est très commode de vanter l'importance de la bactériologie dans l'étude de presque toutes les affections, la question se complique singulièrement quand on veut, avec des moyens relativement restreints, mettre au courant de la technique microbiologique des étudiants d'origines si diverses par leur âge et leur développement intellectuel.

Deux méthodes surtout peuvent être préconisées. Celle qui se présente tout d'abord à l'esprit, celle qui paraît la plus simple et qui, en fait, est encore employée dans nombre de circonstances est celle qui consiste à montrer simplement aux étudiants *comment on doit procéder*. Dans ce cas, le professeur prépare ses milieux de culture, fait ses semis, monte ses coupes ou ses préparations en présence des élèves. Cette manière d'agir présente d'incontestables avantages. Elle permet en particulier au professeur de procéder avec un matériel réduit au strict minimum et de s'adresser à un grand nombre d'auditeurs. D'où économie de temps et d'argent. C'est sans doute pour ces deux motifs réunis qu'elle a été si longtemps en faveur.

Mais si les avantages de cette méthode sont manifestes, ses inconvénients sont, surtout au point de vue de la bactériologie, extrêmement graves. Il n'est jamais venu à personne l'idée de soutenir qu'il suffise aux étudiants de regarder faire le professeur de dentisterie pour savoir exécuter lui-même toutes les opérations courantes de la médecine dentaire, et s'il est une science dans laquelle la technique, quoique assez simple au fond, soit minutieuse, c'est précisément la bactériologie. Il faut donc que l'élève mette la main à la pâte. Il faut qu'il se trompe et c'est justement en voyant les erreurs de ses camarades et les siennes propres qu'il prend goût à son travail. L'obstacle suscite l'effort et l'effort bien souvent conduit à la réussite. Aussi est-il indispensable que le professeur associe l'élève à ses travaux. C'est précisément cette méthode qui, dans tous les services, est, depuis longtemps appliquée avec tant de suite et de netteté par tous les professeurs éminents de l'Ecole dentaire et c'est à cette dernière que je me suis rallié.

Ce point étant fixé, de nouvelles difficultés se présentent. La technique bactériologique est, en effet, souvent longue et délicate. Elle exige une attention soutenue et nécessite de fréquentes observations. L'étude de la flore buccale est extrêmement vaste. Si l'on considère enfin que la plupart de nos élèves sont peu familiarisés avec les travaux de laboratoire, on admettra volontiers qu'il est, dans ce cas, indispensable de savoir se borner.

Tenant compte d'ailleurs du danger qu'il peut y avoir à confier

immédiatement à des mains inexpérimentées le maniement des microbes pathogènes, j'ai, au moins au début de la première année d'études, limité expressément mon programme à une technique très simple concernant les microbes aérobies non pathogènes en conformité avec le cours de l'honorable Dr Grimbert, professeur de bactériologie, savoir :

1° Préparation et stérilisation des milieux de culture solides ou liquides ;

2° Ensemencement des milieux et observation des cultures;

3° Montage et examen des préparations.

Ainsi, dans les premières leçons, les élèves commencent par préparer eux-mêmes un milieu solide (carotte ou pomme de terre). Ils effectuent sous ma direction et tous ensemble les diverses parties de l'opération.

Nos premières manipulations ont porté cette année sur des microbes non pathogènes comme le Bacillus prodigiosus ou B. subtilis par exemple. Le programme comprend ensuite l'étude des types accidentellement pathogènes comme le B. coli pour arriver aux microbes pathogènes de la bouche (Staphylococcus et Streptococcus pyogenes aureus ; Tétragène, Leptothrix, etc.).

Pour le B. prodigiosus, par exemple, chaque élève a préparé un tube de pomme de terre. Tous les tubes d'une même série d'élèves ont été réunis et stérilisés à l'autoclave par les élèves eux-mêmes. Dans une autre manipulation, chaque élève a repris son tube dûment numéroté et l'a ensemencé. Plus tard ces mêmes élèves ont, dans leur propre tube prélevé une goutte de culture et monté une préparation d'après les principaux procédés classiques pour l'examen microscopique.

Dans les leçons suivantes, j'aborde avec les élèves, la préparation des bouillons gélatinés ou gélosés et incidemment l'action de certains bacilles sur la gélatine ou la gélose. Les élèves peuvent ainsi comparer les résultats obtenus dans les divers cas et s'initier progressivement aux principes d'une technique élémentaire. Au moins avec des débutants, le point capital est moins de faire exécuter beaucoup de manipulations que d'en faire faire complètement quelques-unes bien comprises. Néanmoins, il est dès maintenant facile de prévoir que nous devrons à bref délai, à la demande même des élèves intelligents — et ils sont nombreux — dépasser hardiment les limites de ce programme élémentaire d'une première année d'études. Un grand nombre de questions importantes n'ont pu être abordées soit par suite du temps trop court des manipulations — deux heures par semaine au moins seraient nécessaires dans chaque série d'élèves — soit par défaut de matériel (examen des liquides organiques prélevés sur les malades; inoculations; observation du processus de quelques affections microbiennes, etc.).

L'empressement avec lequel le Conseil d'administration a accepté mes propositions, l'intérêt que témoignent constamment à nos travaux notre sympathique directeur M. le Dr Godon et notre si actif administrateur général M. Papot, ainsi que l'impérieuse nécessité qui est imposée à un établissement aussi considérable que l'Ecole dentaire de Paris de tenir sans cesse les étudiants au courant des derniers progrès de la science, sont pour moi un sûr garant que l'Ecole dentaire continuera comme par le passé à tenir dans l'enseignement supérieur libre la place que la confiance des familles et de l'administration supérieure lui ont assignée. Quoi qu'il en soit, tous les élèves qui ont suivi les manipulations de mon laboratoire *sont en possession d'une méthode de travail.* Un grand nombre d'entre eux ont pris goût aux recherches bactériologiques. De là à étendre d'eux-mêmes le champ de leurs connaissances dans la flore buccale au point de vue des applications à la pathologie, il n'y a qu'un pas qui, je l'espère, sera dans la suite franchi par plus d'un.

# JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

*L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.*

ART DENTAIRE. — EXERCICE ANTÉRIEUR A LA LOI DE 1892. — NON-ILLÉGALITÉ.

*Tribunal correctionnel de la Seine* (10e *ch.*) : 16 *mai* 1903.

Celui qui exerçait la profession de dentiste et de mécanicien-dentiste avant la loi de 1892 bénéficie des dispositions transitoires de la loi.

(*Syndical des chirurgiens-dentistes de France* c. C...)

Le tribunal,

Attendu que, suivant exploit de Gardé, huissier à Paris, en date du 3 avril 1903, enregistré, le sieur Bonnard a fait citer C... devant le tribunal de police correctionnelle sous la prévention d'exercice illégal de l'art dentaire ;

Mais attendu qu'il résulte des documents fournis au tribunal que C... exerçait la profession de dentiste et de mécanicien-dentiste avant la loi de 1892 ; qu'il bénéficie, dès lors, des dispositions transitoires de la loi de 1892 ;

PAR CES MOTIFS,

Renvoie C... des fins de la poursuite sans dépens et condamne la partie civile aux dépens, lesquels, par elle avancés, sont liquidés à la somme de vingt-huit francs cinquante-cinq centimes.

(C...)

*Note.* — Il a été interjeté appel de cette décision.

C... invoquait des certificats attestant l'exercice par lui de l'art dentaire antérieurement au 1er janvier 1892 et divers autres documents qui ont entraîné la conviction du tribunal.

Mais il semble bien que les justifications, quelles qu'elles puissent être, qui ne sont pas conformes à la loi, sont à juste titre repoussées par la jurisprudence formelle de la Cour de Cassation.

F. W.

PANSEMENTS. — INAPPLICABILITÉ DE LA LOI DE 1892.

*Tribunal correctionnel d'Évreux :* 22 *mai* 1903.

De simples pansements avec du coton ne constituent pas des opérations dentaires et ne tombent pas sous le coup de la loi de 1892.

*Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* c. A... et L.., *d'Évreux.)*

Attendu que Bonnard a justifié de sa qualité de président du *Syndicat des*

*chirurgiens-dentistes de France* par la représentation d'un acte de société, en date du 25 juillet 1894, et d'une délibération prise par l'assemblée générale, le 11 décembre 1901 ; qu'il n'y a donc lieu de s'arrêter à la fin de non-recevoir soulevée par A... et L... — Attendu qu'ils sont prévenus, savoir : L..., d'avoir contrevenu aux articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, en pratiquant l'art dentaire sans être muni d'un diplôme régulier, alors qu'il n'était pas inscrit au rôle des patentes en qualité de dentiste, au 1er janvier 1892 ; A..., de s'être rendu complice du délit ci-dessus indiqué, et d'avoir en outre contrevenu aux articles 19 et 32 de la même loi, en pratiquant des opérations dentaires avec anesthésie sans l'aide d'un docteur ou d'un officier de santé, bien qu'il ne fût pas muni d'un diplôme de chirurgien-dentiste ; — Attendu que les témoins B... et H... attestent l'un et l'autre s'être fait soigner une dent par A... et qu'à plusieurs reprises L..., son aide, leur a fait des pansements avec du coton, mais qu'il ne leur a jamais travaillé les dents ; — Attendu que de simples pansements ne constituent pas des opérations dentaires, et ne tombent pas sous le coup de la loi de 1902 ; — Attendu que Bonnard ne produit pas de témoins pour établir que A... aurait pratiqué des opérations avec anesthésie sans l'assistance d'un médecin ; que le fait incriminé n'étant pas prouvé ne peut être retenu ; — Par ces motifs ; — *Le Tribunal*, sans s'arrêter à la fin de non recevoir soulevée par les prévenus, les relaxe des fins de la poursuite ; condamne la partie civile aux dépens.

*Note.* — V. Angers, 23 juillet 1897 D. 96.2.158.

Un arrêt d'Aix du 21 janvier 1897 (D. 97. 2.159) porte que les objets de pansements imprégnés de substances médicamenteuses sont de véritables médicaments, de même que les préparations antiseptiques employées comme agents curatifs, qu'elles soient ou non au *Codex*.

Cette doctrine paraît bien en opposition avec celle d'Évreux.

F. W.

## Art dentaire. — Diplôme étranger. — Usurpation du titre de docteur.

*Tribunal correctionnel de la Seine : 13 juin 1903.*

L'art dentaire n'est qu'une branche de la médecine (Loi du 30 nov. 1892, art. 16).

Celui qui, se livrant habituellement à la pratique de l'art dentaire, prend dans des prospectus par lui publiés le titre de docteur, sans indiquer l'origine étrangère de son diplôme, usurpe le titre de docteur (art. 20).

(*Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* c. Miller.)

Le tribunal,

Attendu que, de son aveu même, le sieur Miller se livre habituellement à la pratique de l'art dentaire ; — Attendu que cet art n'est qu'une branche de la médecine, aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 ; — Que Miller, en publiant des prospectus, a pris le titre de docteur, sans indiquer l'origine étrangère de son diplôme ; qu'il a donc usurpé le titre de docteur dans les conditions prévues par l'article 20 de la même loi ; — Attendu que Miller a ainsi causé au *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* un préjudice dont il

lui est dû réparation, et pour l'appréciation duquel le tribunal a, dès à présent, les éléments suffisants ; — Attendu que le sieur Miller a formé contre le dit *Syndicat* une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, pour abus de citation directe ; que cette demande est recevable en la forme ; — Attendu, au fond, qu'en présence des faits délictueux ci-dessus retenus à sa charge, la demande du sieur Miller ne saurait être examinée ; — Faisant application au prévenu de l'article 20 précité ; — Condamne le sieur Miller à cent francs d'amende ; le condamne, en outre, par toutes les voies de droit et même par corps, à payer au *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* la somme de 50 francs à titre de dommages-intérêts ; — Condamne, en outre, le sieur Miller aux dépens du présent jugement, lesquels avancés par le *Syndicat*, sont liquidés à la somme de 6 francs 5 centimes ; — Fixe au minimum déterminé par la loi la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer contre le sieur Miller, pour le recouvrement des dépens, des dommages-intérêts et de l'amende ; — Reçoit, en la forme, le sieur Miller reconventionnellement demandeur en dommages-intérêts pour abus de citation directe ; — Au fond, le déclare mal fondé en ses demandes, fins et conclusions ; — Et le condamne aux dépens de sa demande.

### Diplôme étranger. — Non-usurpation du titre français de docteur.

*Tribunal correctionnel de la Seine : 1er août* 1903.

La mention docteur américain ne permet pas de croire qu'il s'agit d'un docteur diplômé d'une faculté française.

(*Syndicat des chirurgiens-dentistes de France* c. Irlicht.)

F. W.

---

### Exercice illégal de l'art dentaire.

La 9e chambre de la Cour, présidée par M. Toutée, a rendu dernièrement un arrêt de principe qui intéresse au plus haut point la profession de chirurgien-dentiste et de mécanicien-dentiste.

On sait que les mécaniciens-dentistes, c'est-à-dire des artisans non munis de diplômes, avaient accoutumé de se livrer à des opérations de prothèse dentaire. Ils fabriquaient des dents et dentiers artificiels et, pour exercer leur industrie, recevaient les clients, prenaient l'empreinte des mâchoires, essayaient les appareils et les posaient. Ils prétendaient ne pas tomber sous les prohibitions édictées par la loi de 1892.

Sur appel d'un jugement du tribunal de Versailles, qui avait acquitté MM. Ben Ezero et Camus, poursuivis à la requête de M. Bonnard, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, et après plaidoirie de Mes Justal pour le syndicat et Fonthès pour les prévenus, la Cour a considéré que, « sans aucun doute, la prise d'empreinte de la bouche, l'essayage de l'appareil et la pose définitive pratiquée par un mécanicien » constituaient des opérations de prothèse à eux interdites.

En conséquence, il a condamné M. Ben Ezero, qui reconnaissait

avoir pratiqué ces opérations avec l'autorisation même de Camus, à 50 francs d'amende pour exercice illégal de l'art dentaire. M. Camus, propriétaire du cabinet, dentiste, qui avait laissé pratiquer des opérations par un mécanicien, a été retenu comme complice et condamné solidairement avec Ben Ezero à l'amende et à 100 francs de dommages-intérêts envers le syndicat.



# LIVRES ET REVUES

*Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à* M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

ELECTROTHÉRAPIE DENTAIRE. *Conférences faites à l'Ecole dentaire de Paris*, par le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Préface du Dr CH. GODON.

Voici un livre qui intéressera vivement les dentistes.

Sous le titre d'électrothérapie dentaire, le Dr Foveau de Courmelles y a réuni les leçons qu'il a faites en 1902-1903 aux élèves de 3e et de 4e années de l'Ecole dentaire de Paris.

Mais la matière déborde le titre. Ce n'est pas seulement d'électrothérapie qu'il est question dans cet ouvrage, c'est encore de photothérapie, de radioscopie, de radiographie, en un mot de toutes les applications médicales et dentaires de l'électricité.

Le sujet, on le voit, est vaste et attrayant. L'auteur l'a traité avec beaucoup de méthode et avec toute la science que l'on devait attendre de lui. Il n'est pas en effet une seule de ces questions qu'il n'ait étudiée personnellement et dont il n'ait étendu le domaine par de nombreuses observations et des expériences ingénieuses.

Parmi les chapitres cet ouvrage, nous citerons en particulier les suivants :

*Anesthésie dentaire électrolytique*, où sont relatées en détail les expériences et observations du Dr Pont, de Lyon, sur la *cataphorèse.*

*Physiologie et accidents du courant*, où l'on trouve de précieux renseignements sur les emplois médicaux des *courants des secteurs.*

*Production des rayons X*, avec l'étude de M. Contremoulins sur l'*état varié des tubes de Crookes*, si important à connaître pour les opérations radioscopiques et radiographiques.

*Modes d'action de la lumière*, principalement d'après les travaux du Dr Foveau de Courmelles lui-même.

Les renseignements abondent d'ailleurs dans ce livre. Peut-être même, surtout pour les élèves, sont-ils un peu trop nombreux. Nous aimerions en tout cas voir l'auteur préconiser dans chaque question le mode opératoire qui a ses préférences. Sa compétence spéciale sur les sujets qu'il traite lui donne l'autorité pour le faire.

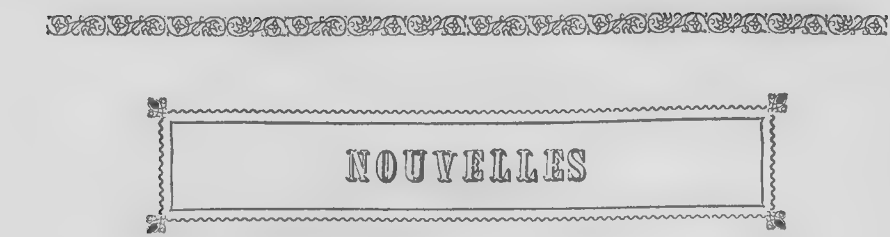
Malgré ce léger reproche, le livre du Dr Foveau de Courmelles ne peut manquer d'avoir un grand succès auprès des dentistes.

Ils y trouveront, centralisés et condensés, des renseignements épars dans de nombreuses revues scientifiques sur un espace de plusieurs années. Les questions qu'il traite, avec les développements fondés sur les découvertes les plus récentes, sont tout à fait à l'ordre du jour des préoccupations dentaires. Enfin, il paraît bien à son heure.

Le Dr Godon, directeur de l'École dentaire de Paris, présente l'ouvrage au lecteur dans une préface, où il en fait ressortir toute l'importance.

Nous avons lu ce travail avec le plus grand intérêt et nous lui souhaitons l'excellent accueil qu'il mérite.

SERRES.




### Prix de l'Académie de médecine.

Dans sa séance publique annuelle du 15 décembre 1903, l'Académie de médecine a attribué le prix triennal Marie Chevallier à MM. les Docteurs Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, *professeur de clinique médicale à l'Ecole dentaire de Paris*, et V. Griffon : *Études sur le bacille de la tuberculose immédiatement à la sortie de l'organisme des malades.*

Elle a également accordé la moitié du prix Vernois (700 fr.), à MM. Strauss, sénateur de la Seine, membre du Comité de patronage de l'École dentaire et Filassier, docteur en droit, pour leur travail sur l'hygiène : *Guide pratique et commentaire sur la loi du* 15 *février* 1902 *pour la protection de la santé publique.*

Nous leur adressons nos vives félicitations.

---

### Congrès dentaire italien.

Le 3e Congrès dentaire national italien aura lieu en mai 1904 à Florence, en vertu de la décision prise le 31 mai 1902 par l'assemblée générale du 2e Congrès.

Un Comité d'organisation, présidé par M. Carlo Dusin, et qui a son siège dans cette ville, 6 via Pecori, s'occupe de l'organiser.

---

### Association dentaire canadienne.

L'Association dentaire canadienne tiendra sa 2e réunion annuelle le 6 septembre 1904. Le Comité exécutif a nommé un certain nombre de commissions pour l'organiser.

---

### Diplome.

Nous avons la satisfaction d'apprendre que notre confrère M. Nol-

da, D. E. D. P, de Hambourg, vient d'être reçu chirurgien-dentiste à la Faculté de médecine de Nancy.

Nous lui adressons nos sincères félicitations.

---

## Nomination.

Nous apprenons que M. G. V. I. Brown, de Milwaukee (Wisconsin), délégué des Etats-Unis à la session de Madrid de la F. D. I, vient d'être nommé vice-président de la Commission d'enseignement.

---

## Cours d'Esperanto.

L'inauguration de ce cours à l'École dentaire de Paris a eu lieu le dimanche 20 décembre en présence d'une nombreuse assemblée. Une conférence remarquable a été faite par M. Bourlet, qui présidait la séance. M. le Dr Frey a prononcé une allocution vibrante et persuasive. C'est en somme un grand succès.

---

## Errata.

Dans le n° du 30 novembre, p. 585, 6e ligne en partant du bas, lire : *l'écartement des dents du maxillaire inférieur* au lieu de *l'écartement de la partie postérieure du maxillaire inférieur*.

Reporter à la fig. 9. de la p. 569 la légende de 2 lignes placée au-dessous de la fig. 7 de la p. 570.



## TRIBUNE OUVERTE.

### QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

☞ *Réponse.* — Vous trouverez un bon portrait de Morton dans les *Items of Interest*, vol. XIX, n° 9, sept. 1897, page 642.

Les *Items of Interest* sont une revue mensuelle publiée à New-York, Etats-Unis, au n° 115, Madison Avenue, a $ 1.00 l'an (environ 5 francs).

Dr Joseph Léandre Bellefleur, Salem, Massachusetts, dont les ancêtres sont venus de France en 1640.

? N° 216. — *Un pharmacien de 2e classe voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté est-il obligé de passer les 3 examens?*

M. R.

☞ *Réponse.* — Oui, il doit passer les 3 examens de la faculté, après avoir pris 12 inscriptions dans une école dentaire.

? N° 217. — *Un étudiant en pharmacie peut-il suivre les cours de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole dentaire en même temps, pour obtenir les 2 diplômes la même année?* A. R.

☞ *Réponse.* — Cela paraît difficile, puisqu'il est astreint dans les deux établissements à exécuter des travaux pratiques.

? N° 218. — *Quels sont les moyens de faire cesser l'exercice de l'art dentaire par un individu qui exerce depuis plusieurs années sans diplôme ni patente? J'estime que l'amende est insuffisante pour atteindre ce but.*

P. D.

☞ *Réponse.* — Une poursuite correctionnelle, avec attribution de dommages-intérêts.

F. W.

? N° 220. — *Le droit de changer de département ou d'exercer dans plusieurs est-il le même pour un dentiste patenté que pour un dentiste diplômé?*

*Avec quelque apparence de subtilité, on peut répondre que le fait de changer de département impose l'obligation de faire enregistrer son diplôme dans celui où, par exemple, on fonde un nouveau cabinet; que le patenté ne peut le faire enregistrer, puisqu'il ne le possède pas. Il semble pourtant que, sauf en ce qui concerne l'anesthésie, les droits du patenté sont les mêmes que ceux du diplômé. S'il en était autrement, la loi de 1892 aurait un effet rétroactif préjudiciable aux dentistes patentés, qui ne pourraient ni se déplacer, ni acheter de cabinets dans d'autres départements que ceux où ils sont établis. La question est assez intéressante au*

*point de vue de celui qui se déplace et de celui ou de ceux qui voient venir le déplacé, de même que pour l'achat de cabinets.*

L. G.

☞ *Réponse.* — Le changement de domicile départemental est réglé par l'article 9 de la loi de 1892.

Il soumet le chirurgien-dentiste à l'obligation de l'enregistrement de son titre dans le mois du nouvel établissement.

Le patenté qui jouit du bénéfice transitoire de l'art. 32 jouit évidemment de la même prérogative de se déplacer.

Sauf certaines impossibilités nettement déterminées, la loi l'a placé sur un pied de parfaite égalité avec le dentiste diplômé ; il aura donc, comme ce dernier, le droit de se déplacer ; mais il fera bien de faire constater ce changement à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

F. W.

? Nº 221. — 1º *Quels sont actuellement en France les services dentaires scolaires fonctionnant régulièrement ?*

2º *Existe-t-il en France et à l'étranger des sociétés de secours mutuels donnant gratuitement à leurs membres des soins dentaires en dehors de l'extraction ?*

P. S.

? Nº 222. — *Sous quelles formes, les docteurs en médecine dentaire, ou docteurs en chirurgie dentaire, américains, reçus chirurgiens-dentistes de la Faculté de Paris, peuvent-ils porter leur titre de docteur ?*

C. S.

☞ *Réponse.* — Sous toute forme qui mentionnera exactement le titre dont on est pourvu.

F. W.

? *Quel est votre avis sur les dents Cassullo ?*

C. P.

☞ *Réponse.* — Voir l'appréciation que M. Martinier a portée à leur égard dans le nº de *L'Odontologie* du 30 juillet 1903 p. 102.

E. P.

---

## AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

# INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

## 2e semestre 1903.

## C



## D



## E

J



## JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.



K



L



## LIVRES ET REVUES.



M



N



## NÉCROLOGIE.

## REVUE ANALYTIQUE.



## REVUE CLINIQUE.



## REVUE DE L'ÉTRANGER.



## S



## SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SUPPLÉMENT.



## T



## TRAVAUX DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL.



## TRAVAUX ORIGINAUX.

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. MELLOTTÉE.

# XIV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SECTION XII

(ODONTOLOGIE ET STOMATOLOGIE).



**MADRID**

AVRIL 1903.

## COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE

Paris, le 25 janvier 1903.

Monsieur et cher confrère,

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que, sur la demande qui lui en a été faite par le Secrétaire général de la 12^e section (Odontologie et Stomatologie) du Congrès de Madrid, le bureau de la Fédération dentaire nationale a pris l'initiative de la formation d'un comité spécial de propagande de cette section.

Une réunion a eu lieu à Paris le 15 janvier courant, et toutes les sociétés existant en France et s'occupant d'art dentaire y ont été convoquées. Grâce à l'union et au concours des délégués de ces sociétés, un Comité spécial de propagande de la 12^e section pour la France a été constitué, comme nous vous l'indiquons d'autre part.

Afin d'assurer au Congrès de Madrid une représentation digne de l'art dentaire français, nous venons faire appel à votre concours pour nous assurer les adhésions, les communications et démonstrations pratiques des membres de votre société, dans les conditions indiquées par le programme que nous vous adressons ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

*Le Secrétaire général,*
D^r SAUVEZ.
17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

*Le Président,*
D^r GODON.
40, rue Vignon, Paris.

---

AVIS.

Pour toute communication ou adhésion s'adresser à M. le D^r Sauvez, Secrétaire général, 17, rue de St-Pétersbourg, Paris, ou à M. Papot, Secrétaire archiviste, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

## COMITÉ DE PROPAGANDE

### Bureau.

| | |
|---|---|
| Président : | MM. Godon. |
| Vice-présidents : | Da Silva, Siffre, Viau. |
| Secrétaire général : | Sauvez. |
| Secrétaires : | Blatter, Chompret, Papot. |
| Trésorier : | Stévenin. |

Les présidents des Sociétés adhérentes.

### Membres.

*Groupement de l'École dentaire de Paris.*

*École dentaire de Paris :* MM. Godon, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Viau.

*Société d'Odontologie de Paris :* MM. d'Argent, Lemerle, Maire, Sauvez.

*Association générale des Dentistes de France :* MM. Audy, Bonnard, Coignard, Douzillé, Papot, Richer, Roy, Torrès.

*Groupement de l'École odontotechnique.*

*École odontotechnique :* MM. Ducournau, Maleplate, Neech, Page, Queudot.

*Association odontotechnique :* MM. Astié, Bacque, Carrel, Frélézeau, Lechesne, Lee, Mora, Nux.

*Société odontologique de France :* MM. Hivert, Lebedinsky, Rodolphe, Siffre.

*Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant* 1892 *ou diplômés depuis :* MM. Bertrand, Cabridens, Camoin, Laurent, Mary, Rozenbaum.

---

*Syndicat des chirurgiens-dentistes de France :* MM. Bruel, Fabre, Fresnel, Guillot, Paulme, Pylmier, Rollin, Ronnet, Rouzée, Stévenin.

---

*Americain Dental Club :* MM. Da Silva, W. Davenport, I. B. Davenport, Gires, Hayes, Younger.

*Région Lyonnaise.*

*Association des Dentistes du Rhône et de la région :* MM. Bastien, Tellier.

*École dentaire de Lyon :* MM. Pont, Vichot.

*Société d'Odontologie de Lyon :* MM. Eugène Bonnaric, Harwood.

*Région Bordelaise.*

*École dentaire de Bordeaux :* MM. Brugeille, Rolland, Seigle.

*Association odontologique de Bordeaux :* MM. Armand, Marroneaud.

*Société des Dentistes du Sud-Ouest :* MM. Diparraguerre, Mirebeau.

---

*Société des Dentistes du Midi :* MM. Chemin, Houdié.

*Syndicat des Dentistes du Nord et du Pas-de-Calais :* MM. Cohen, Haller.

*Syndicat dentaire du Centre :* MM. Brodhurst, Coignard, Delair, Lalement fils.

*Association des Dentistes de l'Est :* M. Fléty.

*Association générale des Dentistes du sud-est de la France :* M. Beltrami.

---

*Groupe des adhérents indépendants :* MM. Capdepont, Chompret, Pitsch.

---

COMITÉ D'ORGANISATION DE LA SECTION.

MM. les Drs Luis Guedea, Professeur à la Faculté de Médecine. — *Président.*

B. Sánchez, Vice-Président de la Société odontologique espagnole et H. P. Heddy. — *Vice-Présidents.*

Florestán Aguilar, Professeur d'Odontologie à l'Université de Madrid. — *Secrétaire général.*

I. Gallardo, L. Subirana et J. D. Losada. — *Secrétaires adjoints.*

Membres : H. Salcedo, de Madrid. — A. López Alonso, de Madrid. — P. Carol, de Barcelone. — J. Plet, de Barcelone. — J. Alonso, de Barcelone. — D. Casasnovas, de Palma. — A. Cladera, de Palma. — M. Ferrer, de Palma. — A. Baca, de Málaga. — F. Ponce, de Málaga.

## CIRCULAIRE DU COMITÉ D'ORGANISATION.

La prévoyance étant une des causes principales du succès dans toute espèce d'organisation, MM. Aguilar et Subirana, secrétaire général et secrétaire-adjoint de la 12ᵉ section, se réunissent deux fois par semaine dans le seul but de donner des conclusions pratiques aux divers projets nationaux et aux projets étrangers.

Tous nos confrères désireux de se trouver en bonne posture devant nos collègues étrangers peuvent collaborer à ce genre de travail en nous indiquant les projets qu'ils pourraient concevoir ou en nous montrant les imperfections ou les erreurs relevées dans les précédents congrès.

Comme c'est une œuvre commune, tous les projets, idées ou observations seront écoutés par les organisateurs ; les efforts doivent être communs et il en sera tenu un très grand compte.

Dès à présent nous pouvons assurer, avec l'impulsion donnée aux invitations et aux publications relatives au Congrès, sans oublier la propagande faite à l'étranger, que de tous les points du globe le nombre des adhésions reçues est déjà extraordinaire, si nous considérons que quatre mois nous séparent encore de l'ouverture du Congrès.

Nous publions ci-après la liste des adhérents auxquels, en passant, nous adressons nos remerciements pour s'être hâtés, et nous constatons avec une réelle satisfaction que notre section est dores et déjà la plus nombreuse.

Le 18 du mois dernier, M. Aguilar se rendit à Paris dans le but exclusif d'organiser, de définir et de régler les questions relatives au Congrès, affaires qu'il est presque impossible de traiter par correspondance. Là, se sont trouvés réunis MM. Mac-Farlane, de Francfort, président de la Société dentaire américaine d'Europe ; Mitchell, de Londres ; Da Silva, Godon et Sauvez, de Paris. Ces messieurs firent connaître à M. Aguilar les travaux de chaque comité.

Il est bon de rappeler que peu avant le Congrès se tiendront à Madrid les réunions annuelles de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe. Ces deux groupements à eux seuls représentent 125 membres des plus éminents de la profession.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce qui est relatif au Congrès, puisque dès à présent c'est l'événement le plus considérable de la profession et sur lequel se dirigent tous les regards et toutes les attentions.

*Le Secrétaire Adjoint,*
LUIS SUBIRANA.

## Ordre des travaux.

Le 23 avril, immédiatement après la séance d'ouverture du Congrès, la Section d'Odontologie se réunira dans le local qui lui est destiné et procèdera à l'élection du Bureau.

Les travaux de la Section sont ainsi composés :

A. Démonstrations pratiques sur tout ce qui se rapporte à l'Odontologie.

B. Présentation de rapports sur les sujets proposés par le Comité.

C. Présentation de communications sur les sujets choisis par les auteurs.

Les rapports et communications seront l'objet d'une discussion immédiate.

Les Congressistes qui désireront faire des démonstrations pratiques devront l'annoncer à l'avance au Secrétaire général de la Section et lui remettre également un résumé des communications qu'ils désirent présenter.

### *Sujets proposés par le Comité.*

1. Traitement et obturation des dents avec pulpe malade. — Rapporteurs : MM. O. Amoëdo (Paris) ; J. D. Losada (Madrid).
2. Microscopie dentaire. — Rapporteurs : Léon Williams (Londres) ; J. Choquet (Paris).
3. Prothèse bucco-faciale et squelettique. — Rapporteurs : Claude Martin (Lyon) ; Delair (Paris).
4. Connaissances que doivent posséder ceux qui exercent l'Odontologie et enseignement à leur donner. — Rapporteurs : A. Godon (Paris) ; Florestan Aguilar (Madrid).
5. Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire. — Rapporteurs : Hopewell Smith (Londres); Younger (Paris); Damians (Barcelone).
6. Anesthésie locale en Odontologie. — Rapporteur : E. Sauvez (Paris).

### *Communications.*

En outre des dix ou douze communications qui seront présentées par des auteurs nombreux pour le comité, on annonce jusqu'à cette date les suivantes, au nombre de soixante ; nous en publions les titres et les auteurs ; elles sont par leur intérêt une garantie du succès scientifique de la 12e section.

Aguilard, Madrid. — L'enseignement dentaire en Amérique.

Amoëdo, Paris. — Capsules anatomiques.

Brophy, Chicago. — Traitement chirurgical des défauts de la voûte palatine.

Cryer, Philadelphie. — Anatomie interne de la face.

Choquet, Paris. — Stérilisation de la dentine.

Chompret, Paris. — De l'orthodontie.

Chompret, Paris. — Sur les glossopathies.

Capdepont et Michäels, Paris. — Un cas de distrophie dentaire de type héréditaire de famille. Essai de détermination diathésique.

Capdepont, Paris. — Les éruptions précoces.

Da Silva, Paris. — De l'emploi de l'or et de la porcelaine.

Delair, Paris. — Prothèse du squelette. Procédé nouveau de prothèse osseuse. Appareils de porcelaine.

Delair, Paris. — Nouvelle méthode de prothèse vélo-palatine. Voile à clapet.

Delair, Paris. — Procédé nouveau de prothèse nasale et faciale. Appareils en caoutchouc léger. Mécanismes de rétention spéciale.

Farmer, Londres. — Chirurgie des maxillaires.

Ferrier (J.), Paris. — Recherches sur la partie imputable au rachitisme dans la formation des dents.

Ferrier (J.), Paris. — Considérations sur le choix du moment de l'intervention dans certains cas d'orthodontie.

Ferrier (J.), Paris. — Recherches sur les moyens d'éviter la douleur dans la dévitalisation de la pulpe par l'acide arsénieux.

Frey, Paris. — Deux observations de prothèse du maxillaire inférieur.

Gires, Paris. — Préparation de cavités pour aurifier par la méthode Johnson.

Godon, Paris. — Connaissances à exiger pour l'exercice de l'art dentaire. Enseignement de ces connaissances.

Good, Chicago. — Pyorrhée alvéolaire.

Guerini, Naples. — L'odontologie chez les premiers habitants de l'Italie.

Giuria, Gênes. — Anesthésie en odontologie.

Jenkins, Dresde. — Obturations de porcelaine.

Kummel, Berlin. — Le dentiste, fonctionnaire de la salubrité publique.

Mamlok, Berlin. — La porcelaine conservatrice en odontologie.

Mahé, Paris. — De l'emploi du latin comme langue internationale en odonto-stomatologie.

Mahé, Paris. — Porte-meubles démontable.

Mahé, Paris. — Traitement récent de la sensibilité dentaire.

Mahé, Paris. — Démonstration de l'appareil de Kingsley pour le traitement des fractures de la mâchoire.

Mahé, Paris. — Emploi du gaïacol en odonto-stomatologie.

Mahé, Paris. — Un cas de neurasthénie d'origine buccale.

Mahé, Paris. — Un cas de réimplantation tardive. Emploi du sérum gélatineux.

Mahé, Paris. — Traitement de la carie du 3e degré dans les dents multiradiculaires. Amputation de la pulpe.

Mahé, Paris. — Considérations et recherches expérimentales sur la perméabilité de la dentine.

Miller, Berlin. — Du rôle de la salive humaine dans l'immunité de la carie dentaire et d'autres infirmités d'origine buccale.

Nogué, Paris. — Anesthésie tronculaire en stomatologie.

Nux, Toulouse. — Contribution à l'étude du traitement de la carie du second degré avancé.

Pfaff, Dresde. — Irrégularités dentaires et leur correction (avec démonstrations, photographies et modèles).

Pitsch, Paris. — Du formol en art dentaire.

Pont, Lyon. — Considérations générales sur la prothèse restauratrice du maxillaire supérieur. Présentation d'un appareil nouveau.

Pont, Lyon. — Observation clinique et anatomo-pathologique d'un cas unique de tumeur de la pulpe dentaire

Robinson, Bordeaux. — Notes comparatives sur l'administration du somnoforme par la nouvelle méthode des docteurs Field, Robinson et Rolland, avec sa technique originale.

Rodier, Paris. — Paralysie faciale d'origine dentaire.

Rodier, Paris. — Résultats éloignés des implantations dentaires.

Siffre, Paris. — Stérilisation des canaux avec l'acide sulfurique.

Siffre, Paris. — Enseignement dentaire.

Siffre, Paris. — La carie du 3e degré (Traitement).

Siffre, Paris. — Anatomie de l'apex.

Subirana, Madrid. — Pathogénie des troisièmes molaires.

Subirana, Madrid. — Nouveau pont amovible et inamovible.

Subirana, Madrid. — Ponts en général.

Subirana, Madrid. — Des stomatites mercurielles.

Subirana, Madrid. — Contribution à l'étude du prognathisme des dents supérieures.

Tourtelot, Royan. — Guérison des névralgies faciales par les injections sous-gingivales d'alcool à 60°.

Zsigmondy, Vienne. — Histologie dentaire.

Weiser, Vienne. — Les relations de la stomatologie avec les autres spécialités médicales.

*Démonstrations cliniques.*

Aguilar, Madrid. — Anesthésie locale.

Aguilar, Madrid, — Redressement immédiat.

Amoëdo, Paris. — Articulation des dents artificielles.

Da Silva, Paris. — L'adrénaline en chirurgie dentaire.
Jenkins, Dresde. — Obturations de porcelaine.
Mamlok, Berlin. — Obturations de porcelaine.
Mittchell, Londres. — Coloration de dents artificielles.
Mittchell, Londres. — Aurifications.
Rolland-Robinson, Bordeaux. — Démonstration de l'administration du somnoforme.
Subirana, Madrid. — Moufle Subirana.
Subirana, Madrid. — Nouvelles pinces pour faire les couronnes.
Younger, Paris. — Implantation.
Younger, Paris. — Traitement de la pyorrhée.

*Réunions.*

La *Fédération dentaire internationale* et l'*American Dental Society of Europe* tiendront leurs réunions annuelles à Madrid en même temps que le Congrès international de médecine.

PROGRAMME PROVISOIRE

Sous les réserves naturelles dans un programme établi longtemps à l'avance et pouvant, par suite, être remanié en détail, le Comité d'organisation de la section XII se propose le programme suivant :

*22 avril, mercredi*, 10 heures matin. — Séance d'ouverture de la Fédération dentaire internationale, sous la présidence de Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique.

2 heures 1/2. — Réunion des Commissions de la Fédération dentaire internationale.

8 heures du soir. — Banquet de la Fédération dentaire internationale.

*23, jeudi*, 10 heures matin. — Séance des Commissions de la Fédération dentaire internationale.

Midi. — Assemblée générale de la Fédération.

3 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIV[e] Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII.

9 heures soir. — Soirée offerte aux Congressistes et à leurs femmes, par M. Aguilar, secrétaire général de la XII[e] section.

*24, vendredi*, 10 heures. — Réunion de la section. Lecture et discussion des mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

*25, samedi*, 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie.

2 heures. — Séance de la section.

Banquet de la section (par cotisation).

*26, dimanche*, 1 heure. — Déjeuner dans les jardins du Buen Retiro, offert par le Comité local aux membres de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe.

4 heures. — Course de taureaux offerte aux Congressistes par la députation provinciale.

8 heures soir. — Banquet de la Société dentaire américaine d'Europe.

*27, lundi*, 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques.

3 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion des mémoires.

*28, mardi.* — Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

*29, mercredi,* 10 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

*30, jeudi.* — Clôture du Congrès.

Pendant la semaine que durera le Congrès, auront lieu également une réception au Palais-Royal par Sa Majesté le Roi, et une fête offerte par la Municipalité. Les dates ne sont pas encore fixées pour ces réceptions. La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu probablement au Théâtre Royal ; les séances des sections dans le palais de la Bibliothèque et des Musées nationaux, les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII auront lieu à la Faculté de médecine.

*Résumé du règlement général du XIVe Congrès International de Médecine.*

Art. I. Le XIVe Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine mère, du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des branches des sciences médicales.

Art. III. Le montant de la cotisation est de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat général (Faculté de Médecine, Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité ; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. IV. Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité des membres inscrits.

Art. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat général une note indiquant exactement et lisiblement ses nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

Art. VI. Les membres du Congrès auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du compte rendu in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront fait inicrire.

Art. VIII. Le Congrès comprendra les Sections suivantes :

1) Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).

1) Physiologie, Physique et Chimie biologiques.

3) Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.

4) Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale.

5) Pathologie interne.
6) Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
7) Pédiatrie.
8) Dermatologie et Syphiligraphie.
9) Chirurgie et opérations chirurgiques.
10) Ophtalmologie.
11) Otologie, Rhinologie et Laryngologie.
12) Odontologie et Stomatologie.
13) Obstétrique et Gynécologie.
14) Médecine et Hygiène militaires et navales.
15) Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.
16) Médecine légale.

ART. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de 5 minutes.

ART. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903; ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective.

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la Section correspondante.

ART. XIX. Il pourra être présenté des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

## *Adhérents.*

Nous avons recu un très grand nombre de lettres de confrères de l'étranger annonçant leur intention de venir au Congrès; mais, en en publiant aujourd'hui la liste, nous nous bornons à noter ceux qui ont donné une adhésion définitive.

Les cotisations payées jusqu'à présent au Secrétariat général du Congrès, pour la Section d'Otontologie, sont celles de MM.:

| | |
|---|---|
| Aguilar, | Madrid. |
| Alcaraz, | Barcelone. |
| Alonso, | Barcelone. |
| Alvarez, | Toulouse. |
| Amoedo, | Paris. |
| Aller, | Rome. |
| Alberdi, | Madrid. |
| Buesa, | Vitoria. |
| Bernaben, | Madrid. |
| Betancourt, | La Corogne. |
| Baca, | Malaga. |
| Bernaben, | Ferrol. |
| Belmonte, | Cordoue. |
| Bonet, | Jerez. |
| Ballus, | Barcelone. |
| Cardoso (F. de), | Séville. |
| Chompret, | Paris. |
| Choquet, | Paris. |
| Coignard, | Paris. |
| Cruet, | Paris. |
| Cladera, | Palma. |
| Carol, | Barcelone. |
| Calpe (A.), | Barcelone. |
| Casasnovas, | Palma. |
| Cuzzani, | Madrid. |
| Capdepont, | Paris. |
| Chiavaro, | Rome. |
| Da Silva, | Paris. |
| Davenport (W.), | Paris. |
| De Trey, | Londres. |

| | |
|---|---|
| Daboll, | Paris. |
| Davenport (I.), | Paris. |
| Delair, | Paris. |
| Dieck, | Berlin. |
| Diaz Huidobro, | Vittoria. |
| Denamiel, | Malaga. |
| Diparraguerre, | Bordeaux. |
| Duchesne, | Toulouse. |
| Ducournau, | Paris. |
| Fontbarnat, | Gérone. |
| Franquis, | Téneriffe. |
| Ferrer, | Palma. |
| Ferrari, | Alicante. |
| Frey, | Paris. |
| Ferrier (J.), | Paris. |
| Gires, | Paris. |
| Griswold, | Hambourg. |
| Godon, | Paris. |
| Guerini, | Naples. |
| Guedea, | Madrid. |
| Gómez, | Valence. |
| Galvan, | Cadix. |
| Guyó, | Cordoue. |
| Giuria, | Gênes. |
| Hayes, | Paris. |
| Highlands, | Madrid. |
| Heddy, | Madrid. |
| Kummel, | Berlin. |
| Losada, | Madrid. |
| Linares (M.), | Alcoy. |
| Lopez (A.), | Madrid. |
| Lobato (H.), | Saint-Sébastien. |
| Mac-Farlane, | Francfort. |
| Martinez, | Gibraltar. |
| Mascé, | Palma. |
| Miller, | Berlin. |
| Mitchell, | Londres. |
| Mitchell, | La Corogne. |
| Mon, | Madrid. |
| Mahé, | Paris. |
| Najera, | Valence. |
| Nogué, | Paris. |
| Nux, | Toulouse. |
| Ortiz, | Lisbonne. |
| Otaola, | Bilbao. |
| Palacias, | Durango. |
| Papot, | Paris. |
| Mme Papot, | Paris. |
| Portuondo (R.), | Madrid. |
| Pietkiewicz, | Paris. |
| Platschick, | Paris. |
| Poinsot, | Paris. |
| Pons, | Barcelone. |
| Plet, | Barcelone. |
| Pérez (V.), | Madrid. |
| Pérez (T.), | Madrid. |
| Pedra, | Barcelone. |
| Pitsch, | Paris. |
| Quintin, | Bruxelles. |
| Robinson, | Bordeaux. |
| Rolland, | Bordeaux. |
| Rodinez, | Paris. |
| Robin, | Paris. |
| Ronnet, | Paris. |
| Mme Ronnet, | Paris. |
| Rubio, | Pampelune. |
| Romero (F.), | Madrid. |
| Rodier, | Paris. |
| Subirana, | Madrid. |
| Sauvez, | Paris. |
| Sanchez (B.), | Madrid. |
| Sanchez (J.), | Madrid. |
| Spaulding, | Paris. |
| Schaeffer-Stuckert, | Francfort. |
| Talbot, | Chicago. |
| Ticoulat, | Palma. |
| Triviño, | Oviedo. |
| Trallero, | Barcelone. |
| Tourtelot, | Royan. |
| Urueta Cienfuegos, | Santiago de Chili. |
| Vongl Swidersky, | St-Pétersbourg. |
| Vazquez (J.), | Gibraltar. |
| Vazquez (N.), | Badajoz. |
| Valderrama, | Saint-Sébastien. |
| Viau, | Paris. |
| Vichot, | Lyon. |
| Weber, | La Havane. |
| Younger, | Paris. |
| Zarzoso, | Requena. |

*Dames.*

Les dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci bénéficieront des réductions sur les chemins de fer

et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennannt le payement de 12 pesetas par personne.

---

Pour tous renseignements, adhésions, communications, etc., s'adresser à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Les cotisations (25 fr. pour les Congressistes, 10 fr. pour leur femme) peuvent être versées 45, rue de La Tour-d'Auvergne à M. Papot, secrétaire archiviste qui se charge de les centraliser et de les transmettre au Comité d'organisation à Madrid.

---

## VOYAGE PRATIQUE DE L'ODONTOLOGIE A MADRID

A l'occasion du Congrès de Madrid, M. Junot, directeur des « Voyages pratiques », a organisé différentes excursions dont le programme sera adressé à nos lecteurs sur leur demande.

Il a de plus consenti à nous tracer un itinéraire agréable, permettant aux membres de la *Fédération dentaire internationale,* à ceux de l'*American Dental Society of Europe*, et aux confrères qui voudront bien se joindre à nous, d'arriver à Madrid deux jours plus tôt. Aux ennuis et aux aléas d'un voyage individuel se trouvent ainsi substitués les agréments d'une excursion de famille.

**Le Prix de cette Excursion est basé** sur une réduction de 50 o/o accordée aux congressistes par les Compagnies de transports; il comprend:

1° Les transports en chemins de fer;

2° Repas en route, aux buffets et dans les wagons-restaurants chaque fois que cela est possible;

3° L'assistance aux frontières ;

4° Les omnibus à l'arrivée et au départ de chaque ville;

5° Le séjour pendant tout le voyage dans les bons hôtels dont la liste sera donnée, les meilleures chambres étant réservées aux premiers inscrits:

6° Les chevaux et voitures nécessaires pour les excursions et la visite des villes sans fatigue ;

7° Les entrées dans les monuments et musées;

8° Les soins d'interprètes spéciaux pour donner toutes les explications nécessaires.

L'excursion sera conduite par un guide interprète spécial, chargé de l'exécution du programme et des formalités de séjour.

Chaque voyageur a droit tous les jours à une bonne chambre, service et éclairage, à un petit déjeuner du matin, à un déjeuner à la fourchette et à un dîner de table d'hôte (vin compris).

1re classe **580** francs.

### ITINÉRAIRE.

Paris, Bordeaux, Burgos, Miraflores, Las Huelgas, Madrid, Saragosse, Barcelone, Paris.

*Samedi 18 avril, soir.* Départ du quai d'Orsay à 10 h. 23.

*Dimanche 19 avril.* Passage à Bordeaux (7 h. 4). Arrivée à Hendaye (midi 30). Déjeuner. Traversée de la Bidassoa en barque Visite de Fontarabie. Trajet en voiture jusqu'à Irun. Visite de la douane — mettre sa montre à l'heure de l'Europe occidentale en retard de 5 minutes sur celle de Paris. Départ pour Saint-Sébastien. Dîner et coucher

*Lundi 20 avril, matin.* Visite de Saint-Sébastien. Départ pour Burgos (2 h. 45). — Jusqu'à Burgos la route offre de superbes points de vue sur les Monts Cantabriques ; à Brincola la ligne atteint le point culminant — arrivée à Burgos après dîner, à 9 h. 45 — conduite aux hôtels.

*Mardi 21 avril, matin.* Visite de Burgos (ancienne capitale de la vieille Castille et résidence des premiers rois — la ville compte 33000 habitants), la maison du Cordon, la place de la Constitution, l'Hôtel de Ville, la Cathédrale, l'Eglise St-Etienne, l'Arc de Triomphe et celui de Santa Maria, l'Espolon.

*Après-midi.* Excursion en voitures à la chartreuse de Miraflorès et au couvent de Las Huelgas.

*Soir.* Départ pour Madrid.

*Mercredi 22 avril, matin.* Arrivée à Madrid, conduite aux hôtels.

Séjour du 22 au 29 avril, voir programme du Congrès.

*Mercredi 29 avril, soir.* Départ de Madrid.

*Jeudi 30 avril, matin.* Arrivée à Saragosse (92.500 h.) une des villes les plus intéressantes de l'Espagne — promenade et visite : le Corso, la Basilique del Pilar, l'Archevêché, la Casa Municipale et la Lonja (bourse des négociants), la Tour penchée, l'Aljaferia, la Plaza de Toros, la Seo ou San Salvador, la Capilla Mayor, etc.

*Vendredi 1er mai, matin.* Départ de Saragosse, déjeuner en cours de route.

*Soir.* Arrivée à Barcelone, dîner, séjour.

*Samedi 2 mai, matin.* Visite de Barcelone, ancienne capitale de la Catalogne, la ville la plus animée et la plus industrielle d'Espagne, comptant actuellement 702.000 habitants.

Visite de la Cathédrale et son cloître, Sainte-Marie de la Mer, le Palais de la Députation, la Casa Consistorial, la Bourse, la Douane, la Plaza de Toros, le Port, la Promenade de la Rambla, San Juan et le joli village de Gracia.

*Soir.* Départ de Barcelone après dîner.

Arrivée à Cerbère (10 h. 34) — visite de la douane — départ à 11 h. 11.

*Dimanche 3 mai, matin.* Passage à Nîmes (4 h. 22).

Repas en cours de route.

*Soir.* Arrivée à Paris (gare de Lyon) à 6 h. 21.

Les congressistes qui désirent adhérer à l'itinéraire de L'Odontologie sont priés d'en avertir *le plus rapidement possible* l'administrateur du journal, afin que des chambres puissent être retenues dès à présent.

N. B. Il peut être fait des conditions spéciales pour les adhérents qui ne suivraient qu'une partie de l'itinéraire.




Nous rappelons que le bureau de Fédération dentaire nationale, d'accord avec les présidents de la Société d'Odontologie de Paris et de la Société odontologique de France, a décidé qu'une session aurait lieu à Paris avant le départ pour Madrid.

Voici le programme adopté :

*Vendredi* 17 *avril.* — 5 heures du soir. Séance du bureau du Comité exécutif à l'École Odontotechnique.
7 heures. — Dîner facultatif. — Restaurant Lapeyrouse.
9 heures. — Punch offert aux délégués à l'Ecole Odontotechnique.

*Samedi* 18 *avril.* — 9 heures du matin. — Séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie de Paris et la Société Odontologique de France à l'Ecole dentaire de Paris.
2 heures. — Assemblée générale à l'Ecole Odontotechnique.
7 heures. — Banquet.

*Dimanche* 19 *avril.* — 9 heures du matin. — 2e séance de démonstrations pratiques.

Prière d'annoncer les communications et les démonstrations au Secrétaire de l'une ou l'autre des deux Sociétés : Société d'Odontologie de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société Odontologique de France, 5, rue Garancière.

---

## XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SOUS LE PATRONAGE DE

**S. M. le Roi Don Alphonse XIII et de S. M. la Reine mère**

MADRID, 23-30 AVRIL 1903

# BULLETIN D'ADHÉSION

*M* ______________________________

*à* ______________________________

*désire s'inscrire comme membre du* ***XIVe Congrès International de Médecine*** *(Section d'Odontologie et de Stomatologie) et envoie la somme de* **Trente pesetas** *montant de sa cotisation.*

SIGNATURE :

N. B. Les adhésions et les versements *(**25 francs** pour les congressistes, **10 francs** pour leur femme)* peuvent être adressés **45, rue de La Tour-d'Auvergne, à M. PAPOT,** secrétaire-archiviste, chargé de les centraliser et de les transmettre au COMITÉ D'ORGANISATION, **à Madrid.**

28-II 03 N° 2

La Revue Internationale

BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS




## SESSION D'AVRIL 1903

La session que le bureau de la Fédération dentaire nationale organise en collaboration avec les bureaux de la Société d'Odontologie de Paris et de la Société Odontologique de France aura lieu, comme nous l'avons déjà annoncé, les 17, 18 et 19 avril, avant le départ pour Madrid des congressistes français et étrangers. Elle aura, cette année, une importance très grande, de très nombreux membres de chaque Société sont déjà inscrits pour faire des démonstrations pratiques de chirurgie dendaire. Les principaux procédés nouveaux des dernières années seront l'objet d'une démonstration par un dentiste ayant en la matière une compétence spéciale. Les procédés plus anciens et de pratique plus courante seront également l'objet d'une démonstration particulière. Chacun pourra donc trouver, au cours de ces démonstrations, des éléments indispensables pour apprendre un procédé nouveau et pour approfondir certains détails de technique dentaire.

La liste des démonstrations sera publiée dans un prochain numéro de *L'Odontologie*. Les bureaux des Sociétés organisatrices se mettent à la disposition de leurs adhérents pour organiser des démonstrations autres que celles annoncées par le programme, telle ou telle question les intéressant plus spécialement. Il suffira d'écrire au secrétaire général de l'une des deux sociétés pour que la démonstration demandée soit immédiatement organisée, car il faut que ces réunions soient utiles à tous. Nous faisons aussi appel à tous les dentistes pour nous apporter leurs procédés; les détails les plus minimes sont souvent d'un intérêt incontestable : que chacun de nous présente ce qu'il sait et nous ferons œuvre utile.

Le bureau de la Société d'Odontologie s'est mis d'accord avec l'Ecole dentaire de Paris pour organiser dans sa grande salle de dentisterie une exposition d'instruments et d'outillage dentaires. Les congressistes pourront donc, après avoir suivi les démonstrations de leurs confrères, examiner les installations et les instruments nouveaux que chaque fournisseur se fera un plaisir de leur soumettre. Cette exposition complètera dignement le programme pratique de cette réunion d'avril, qui ne pourra manquer d'attirer à Paris un grand nombre de dentistes de province et d'arrêter ceux des congressistes français et étrangers qui se rendront à Madrid.

Le secrétaire général de la Société d'Odontologie, Dr FRITEAU.

## FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Le bureau du Conseil exécutif de la F. D. I. s'est réuni le 28 février chez son président et a pris les résolutions suivantes :

Conformément aux décisions prises à Stockholm, la prochaine session aura lieu à Madrid, au moment du XXV[e] Congrès international de médecine. La première réunion du Conseil exécutif aura lieu le mardi 21 avril à 4 heures de l'après-midi.

La séance officielle d'ouverture de la Fédération dentaire internationale aura lieu le mercredi 22 avril, à 10 heures du matin, sous la présidence de son Excellence le Ministre de l'Instruction publique.

*A 2 heures 1/2.* — Réunion des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A 5 h. 1/2.* — Séance du Conseil exécutif.

*A 8 h. soir.* — Banquet de la F. D. I.

*Jeudi 23 avril, à 10 h. matin.* — Séance des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A midi.* — Assemblée générale de la Fédération.

Les séances suivantes seront fixées ultérieurement, suivant les nécessités de l'ordre du jour.

Porter à l'ordre du jour de la prochaine session de la Commission d'enseignement la question suivante :

*L'enseignement technique de l'étudiant dentiste.*

A cet effet la Commission a établi le questionnaire suivant :

1° *Enseignement technique préliminaire à l'entrée de l'école.*
  A. Enseignement théorique.
  B. Enseignement pratique.

2° *Enseignement technique proprement dit.*
  A. Matières de cet enseignement.
    *a*) Théoriques.
    *b*) Pratiques.
  B. Ordre dans lequel ces matières doivent être enseignées.
  C. Nombre et durée de chaque cours.
  D. Nature et nombre des travaux pratiques et des opérations (aurifications et extractions, etc.) à exiger durant chaque année d'études.

*Ordre du jour de la Commission d'enseignement.*

1° Adoption des procès-verbaux de Stockholm.
2° Correspondance.
3° Nomination des membres titulaires et des membres adjoints.
4° Adresse du président.
5° Rapport du secrétaire général.
6° Discussion générale.
7° Examen de la question à l'ordre du jour.
  A. Lectures des conclusions des rapports.
  B. Discussion des rapports.
8° Fixation des questions à l'ordre du jour pour la session de 1904.
9° Vœux et propositions diverses.
10° Nomination du bureau pour 1904.

*Ordre du jour de la Commission d'hygiène.*

1° Adoption des procès-verbaux de la session de 1902 à Stockholm.
2° Correspondance.
3° Nomination des membres titulaires et des membres adjoints.
4° Adresse du président.
5° Discussion générale.
6° Lecture et discussion des conclusions des rapports.
7° Vœux et propositions diverses.
8° Fixation des questions à l'ordre du jour pour la session de 1904.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à honorer de leur présence et à apporter leur précieux concours à cette 3[e] session de la Fédération dentaire internationale qui semble devoir être aussi importante que ses devancières de Stockholm et de Cambridge.

# XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SECTION XII

(ODONTOLOGIE ET STOMATOLOGIE).



**MADRID**

AVRIL 1903.

## COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE

Depuis la publication de notre dernier numéro le Comité a reçu nombre de demandes de renseignements et tout fait prévoir l'importance que prendra le Congrès de Madrid.

### *Nouvelles adhésions.*

| | | |
|---|---|---|
| MM. | Dr Chemin. | Toulouse. |
| | Heïdé. | Paris. |
| | Martinier. | Paris. |
| | Dr Pont. | Lyon. |
| Mme | Pont. | Lyon. |
| M. | Roget. | Paris. |
| Mme | Roget. | Paris. |
| MM. | Dr Roy. | Paris. |
| | Schwartz. | Nîmes. |
| | Thuillier. | Rouen. |
| Mme | Thuillier. | Rouen. |
| Mlles | Thuillier. | Rouen. |
| MM. | Godefroy. | Rouen. |
| | Touchard. | Paris. |

### *Nouvelles démonstrations.*

Schwartz, 1° démonstration sur un malade, du traitement de la carie du 4e degré avec complications (fluxions, etc.).

2° Nouvelle pharmacie dentaire.

3° Porte-Ciments. Nouvel appareil à fermeture automatique avec plaque pour la préparation des ciments.

### *Programme provisoire.*

*23 avril, jeudi*, 3 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIVe Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII.

9 heures soir. — Soirée offerte aux Congressistes et à leurs femmes, par M. Aguilar, secrétaire général de cette section.

*24, vendredi,* 10 heures. — Réunion de la section. Lecture et discussion des mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

*25, samedi,* 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie.

2 heures. — Séance de la section.

Banquet de la section (par cotisation).

*26, dimanche*, 1 heure. — Déjeuner dans les jardins du Buen Retiro, offert par le Comité local aux membres de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe.

4 heures. — Course de taureaux offerte aux Congressistes par la députation provinciale.

8 heures soir. — Banquet de la Société dentaire américaine d'Europe.

*27, lundi*, 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques.

3 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion des mémoires.

*28, mardi*. — Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

*29, mercredi*, 10 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

*30, jeudi*. — Clôture du Congrès.

Pendant la semaine que durera le Congrès, auront lieu également une réception au Palais-Royal par Sa Majesté le Roi, et une fête offerte par la Municipalité. Les dates ne sont pas encore fixées pour ces réceptions. La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu probablement au Théâtre Royal ; les séances des sections dans le palais de la Bibliothèque et Musées nationaux ; les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII à la Faculté de médecine.

---

Pour tous renseignements, adhésions, communications, etc. s'adresser à M. le D[r] Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Les cotisations (25 fr. pour les Congressistes, 10 fr. pour leur femme) peuvent être versées 45, rue de La Tour-d'Auvergne à M. Papot, secrétaire archiviste, qui se charge de les centraliser et de les transmettre au Comité d'organisation à Madrid.

---

### *Voyage pratique de « L'Odontologie ».*

Nous avons reçu également un certain nombre d'adhésions pour notre itinéraire ; nous en reproduisons le détail page 214 *bis*.

---

15·III 03 N° 3

*La Revue Internationale*

BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS




## SESSION D'AVRIL 1903

La session que le bureau de la **Fédération dentaire nationale** organise en collaboration avec les bureaux de la Société d'Odontologie de Paris et de la Société Odontologique de France aura lieu, comme nous l'avons déjà annoncé, les 17, 18 et 19 avril, avant le départ pour Madrid des congressistes français et étrangers. Elle aura, cette année, une importance très grande, et de très nombreux membres de chaque Société sont déjà inscrits pour faire des démonstrations pratiques de chirurgie dendaire. Les principaux procédés nouveaux des dernières années seront l'objet d'une démonstration par un dentiste ayant en la matière une compétence spéciale. Les procédés plus anciens et de pratique plus courante seront également l'objet d'une démonstration particulière. Chacun pourra donc trouver, au cours de ces démonstrations, des éléments indispensables pour apprendre un procédé nouveau et pour approfondir certains détails de technique dentaire.

La liste des démonstrations est publiée ci-contre. Les bureaux des Sociétés organisatrices se mettent à la disposition de leurs adhérents pour organiser des démonstrations autres que celles annoncées par le programme, telle ou telle question les intéressant plus spécialement. Il suffira d'écrire au secrétaire général de l'une des deux sociétés pour que la démonstration demandée soit immédiatement organisée, car il faut que ces réunions soient utiles à tous. Nous faisons aussi appel à tous les dentistes pour nous apporter leurs procédés, les détails les plus minimes étant souvent d'un intérêt incontestable ; que chacun de nous présente ce qu'il sait et nous ferons œuvre utile.

Le bureau de la Société d'Odontologie s'est mis d'accord avec l'Ecole dentaire de Paris pour organiser dans sa grande salle de dentisterie une exposition d'instruments et d'outillage dentaires. Les congressistes pourront donc, après avoir suivi les démonstrations de leurs confrères, examiner les installations et les instruments nouveaux que chaque fournisseur se fera un plaisir de leur soumettre. Cette exposition complètera dignement le programme pratique de cette réunion d'avril, qui ne pourra manquer d'attirer à Paris un grand nombre de dentistes de province et d'arrêter ceux des congressistes français et étrangers qui se rendront à Madrid.

Le secrétaire général de la Société d'Odontologie.

D[r] FRITEAU.

*Supplément.*

Séances de démonstrations organisées par la Société d'odontologie de Paris et la Société odontologique de France, a l'occasion de la réunion de la Fédération dentaire nationale.

Ces séances auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris, de 9 heures à 11 heures du matin, les vendredi 17, samedi 18 et dimanche 19 avril.

*Programme.*

| | |
|---|---|
| MM. Dr Amoëdo : | Des implantations. |
| *id.* | Moyen clinique pour trouver les canaux d'une dent. |
| d'Argent. | Couronnes métalliques. |
| Blatter. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Bonnard. | Anesthésie locale par la nirvanine. |
| *id.* | Appareil extenseur du maxillaire inférieur. |
| Choquet. | Redressement par la méthode de Knapp. |
| *id.* | Démonstrations microscopiques. |
| Dr Silva. | Aurifications. |
| Davenport. | Obturations de porcelaine. |
| Delair. | Prothèse restauratrice. |
| Friteau. | Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. |
| *id.* | Les extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Röse. |
| *id.* | Injections hypodermiques sans seringue. |
| Gillard. | Moulage de la face, procédé Baretta. |
| Dr Godon. | Appareil fantôme. |
| Hivert et Dr Page. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Justal. | Aurification. |
| Ledoux. | Bactériologie. |
| Lemerle. | Aurifications. |
| *id.* | Redressements. |
| Lewett. | Obturation mixte : or et ciment. |
| Loup. | Anesthésie locale par la cocaïne. |
| Martinier. | Redressement brusque. |
| *id.* | Appareil extenseur des maxillaires. |
| *id.* | Appareils de prothèse médiate. |
| *id.* | Appareils de redressement. |
| *id.* | Appareils pour fractures du maxillaire inférieur. |
| Palermo. | Aurifications. |
| Richard-Chauvin. | Aurifications mixtes. |
| *id.* | Obturations de porcelaine. |
| *id.* | Or mou. |

| | |
|---|---|
| MM. Richard-Chauvin. | Travaux à pont. |
| Dr Siffre. | Le bloc d'émail comme substance obturatrice de caries limitées de grosses molaires. |
| *id.* | Présentation de sondes pour canaux. |
| *id.* | Nouveau masque pour somnoforme et chlorure d'éthyle. |
| Touvet-Fanton. | Système rationnel de succion simple en caoutchouc mou. |
| *id.* | Traitement immédiat et indolore de la carie du 3e degré. |
| *id.* | Anesthésie générale au coryl avec absorption d'air. |

Cette liste n'est pas complète ; de nouvelles démonstrations sont encore en préparation, la liste en sera publiée ultérieurement.

*Le Secrétaire général de la Société d'Odontologie,*
Dr FRITEAU.




La séance officielle d'ouverture de la **Fédération dentaire internationale** aura lieu à Madrid le mercredi 22 avril, à 10 heures du matin, sous la présidence de son Excellence le Ministre de l'Instruction publique d'Espagne.

*A 2 heures 1/2.* — Réunion des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A 5 h. 1/2.* — Séance du Conseil exécutif.

*A 8 h. soir.* — Banquet de la F. D. I.

*Jeudi 23 avril, à 10 h. matin.* — Séance des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A midi.* — Assemblée générale de la Fédération.

Les séances suivantes seront fixées ultérieurement, suivant les nécessités de l'ordre du jour.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à honorer de leur présence et à apporter leur précieux concours à cette 3e session de la Fédération dentaire internationale, qui semble devoir être aussi importante que ses devancières de Stockholm et de Cambridge.

# XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SECTION XII

(ODONTOLOGIE ET STOMATOLOGIE).



**MADRID**

AVRIL 1903.

## COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE

Depuis la publication dans le n° du 15 février de la circulaire pour Madrid, nous avons reçu les adhésions suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| M. | Alaux. | Toulouse. |
| Mlle | Alaux. | Toulouse. |
| MM. | Beltrami. | Marseille. |
| | Bouvet. | Angers. |
| Dr | Chemin. | Toulouse. |
| MM. | Eller-Vainicher. | Naples (Italie). |
| | Heïdé. | Paris. |
| Mme | Heïdé. | Paris. |
| MM. | Houdié. | Toulouse. |
| | Francis Jean. | Paris. |
| | Lacaille. | Toulouse. |
| Dr | Martin. | Lyon. |
| M. | Martinier. | Paris. |
| Dr | Pont. | Lyon. |
| Mme | Pont. | Lyon. |
| M. | Raget. | Paris. |
| Mme | Raget. | Paris. |
| Dr | Roy. | Paris. |
| MM. | Schwartz. | Nîmes. |
| | Seigle (Louis). | Bordeaux. |
| | Thuillier. | Rouen. |
| Mme | Thuillier. | Rouen. |
| Mlles | Thuillier. | Rouen. |
| | Godefroy. | Rouen. |
| M. | Touchard. | Paris. |

### *Communication.*

*Louis Seigle* : Réparation immédiate des dents à pivot cassées, montées sur or.

*Beltrami* : Appareil d'urgence pour contention de fracture compliquée des maxillaires supérieurs, d'origine traumatique.

*Eller Vainicher* : Histologie de la pulpe dentaire.

### *Démonstrations.*

*Schwartz*, 1° démonstration sur un malade, du traitement de la carie du 4e degré avec complications (fluxions, etc.).

2° Nouvelle pharmacie dentaire.

3° Porte-Ciments. Nouvel appareil à fermeture automatique avec plaque pour la préparation des ciments.

Nous publions à nouveau le programme provisoire.

*23 avril, jeudi*, 3 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIVe Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII.

9 heures soir. — Soirée offerte aux Congressistes et à leurs femmes, par M. Aguilar, secrétaire général de cette section.

*24, vendredi*, 10 heures. — Réunion de la section. Lecture et discussion des mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

*25, samedi,* 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie.

2 heures. — Séance de la section.

Banquet de la section (par cotisation).

*26, dimanche,* 1 heure. — Déjeuner dans les jardins du Buen Retiro, offert par le Comité local aux membres de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe.

4 heures. — Course de taureaux offerte aux Congressistes par la députation provinciale.

8 heures soir. — Banquet de la Société dentaire américaine d'Europe.

*27, lundi,* 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques.

3 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion des mémoires.

*28, mardi.* — Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

*29, mercredi,* 10 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

*30, jeudi.* — Clôture du Congrès.

Pendant la semaine que durera le Congrès, auront lieu également une réception au Palais-Royal par Sa Majesté le Roi, et une fête offerte par la Municipalité. Les dates n'en sont pas encore fixées. La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu probablement au Théâtre Royal ; les séances des sections se tiendront dans le palais de la Bibliothèque et Musées nationaux ; les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII à la Faculté de médecine.

---

Pour tous renseignements, adhésions, communications, etc., s'adresser à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Les cotisations (25 fr. pour les Congressistes, 10 fr. pour leur femme) peuvent être versées 45, rue de La Tour-d'Auvergne à M. Papot, secrétaire-archiviste, qui se charge de les centraliser et de les transmettre au Comité d'organisation à Madrid.

---

*Voyage pratique de « L'Odontologie ».*

Nous avons reçu également un certain nombre d'adhésions pour notre itinéraire ; nous en reproduisons le détail page 262 *bis*.

---

## ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

*Congrès d'Angers* 1903.

Paris, le 6 mars 1903.

Monsieur et cher confrère,

Désigné en 1902 par les congressistes de Montauban pour présider, du 4 au 12 août prochain, les travaux de la XX^e section, au Congrès d'Angers, je viens vous inviter à nous prêter votre concours.

Nous espérons qu'un grand nombre de confrères, outre leur assistance déjà précieuse, nous apporteront, soit une communication ou une présentation technique, soit une démonstration pratique.

Je fais aussi appel aux nombreuses sociétés dentaires françaises afin qu'elles désignent les plus qualifiés de leurs membres, pour les y représenter et nous apporter la relation de leurs observations, le résumé de leurs travaux, le fruit de leur expérience.

Afin d'augmenter encore cette année s'il est possible, l'intérêt de notre réunion professionnelle, j'ai pensé que, selon l'usage consacré dans les Congrès médicaux et scientifiques, il serait profitable à tous que, quelques questions préoccupant actuellement les praticiens des Deux-Mondes, fussent tout spécialement mises à l'ordre du jour.

Le nombre déjà important des communications promises, la présence des hommes les plus distingués de toutes nos sociétés, me permettent d'affirmer dès à présent que le Congrès d'Angers ne le cédera en rien à ceux d'Ajaccio et de Montauban.

Outre l'utilité qu'il y a pour nous tous à rehausser par des travaux scientifiques le prestige du chirurgien-dentiste moderne, il est d'autres avantages, plus matériels, il est vrai, que nous ne devons point dédaigner, tels que la facilité de voyages et d'excursions pendant les vacances à prix très réduits pour les congressistes et leur famille ; un volume

contenant le résumé de toutes les communications des vingt sections ; ensuite un gros volume les reproduisant toutes *in extenso;* enfin le bulletin de l'Association française pour l'avancement des sciences, sans oublier la publication spéciale à notre section que *L'Odontologie* offre aux adhérents.

Depuis trois ans, l'Association française pour l'avancement des sciences, qui compte dans ses rangs, l'élite des savants de France, nous a ouvert ses portes.

Depuis trois ans nombre des nôtres prouvent au monde scientifique que l'Art dentaire d'il y a un quart de siècle est devenu la science odontologique d'aujourd'hui.

Depuis trois ans des dentistes de toutes les parties de la France, sans distinction d'origine, se font un devoir et un honneur de se réunir chaque été pour participer aux progrès de notre science et à la vulgarisation de nos découvertes.

Nous devons continuer à nous montrer fiers et dignes de l'honneur qui nous est fait et nous rendre en grand nombre à Angers.

Dans l'attente de votre adhésion, je vous prie de recevoir, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

*Le président de la Section d'Odontologie,*
L. DELAIR.

*Questions proposées.*

Hygiène prophylactique de la carie dentaire.

Malpositions dentaires. Prothèse médiate restauratrice.

Anesthésie locale et anesthésie générale.

Traitement des 3ᵉ et 4ᵉ degrés.

Couronnes et travaux à pont.

Adresser les adhésions et les demandes de renseignements à M. L. Delair, président de la XXᵉ section, 68, boulevard Rochechouart, Paris, ou à M. le secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, Hôtel des Sociétés savantes, 10, rue Danton, à Paris.

N. B. Les communications qui n'auront pas été lues en séance ne seront pas publiées.

**L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE,** son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. GODON, directeur de l'École dentaire de Paris. 1901, 1 vol. gr. in-8, 366 pages et planches. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur passe d'abord en revue l'évolution de l'art dentaire à travers les âges. Il nous montre qu'à toutes les époques, dans les civilisations des Egyptiens, des Grecs, des Romains, des Arabes, l'art dentaire a été exercé par des spécialistes, comme il l'est de nos jours. Il divise cette partie historique en une période pratique et une période scientifique. La première remonte à la plus haute antiquité pour se terminer à la fin du XVIIe siècle; la seconde débute en 1727 par la publication du premier ouvrage d'art dentaire « *Le Chirurgien-Dentiste* » de Pierre Fauchard et se poursuit avec la fondation de la première société odontologique et surtout de la première école dentaire en 1839 aux Etats-Unis.

L'odontologie, science nouvelle, réalise des progrès rapides et importants pendant les soixante dernières années, grâce à la multiplicité des écoles dentaires créées dans tous les pays (elles sont actuellement au nombre de plus de 150). Le compte rendu sommaire que donne l'auteur de l'important Congrès dentaire international tenu à Paris au mois d'août 1900, et qui s'est terminé par la constitution d'une Fédération dentaire internationale, permet de constater ces résultats.

Dans la deuxième partie de son étude l'auteur a pris surtout pour type de l'évolution scientifique de l'odontologie l'Ecole dentaire de Paris, dont il raconte l'histoire. Il nous fait apprécier l'influence qu'elle a exercée sur la renaissance des études odontologiques en France par les œuvres dont elle a provoqué la création et le développement, et auxquelles est due la situation sociale du nouveau chirurgien-dentiste créé par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892.

Deux tableaux synoptiques du programme d'enseignement, l'un de l'année 1880, l'autre de l'année 1900, placés à la fin de l'ouvrage, résument les progrès réalisés pendant ces vingt dernières années. Une troisième partie est consacrée à l'avenir de l'enseignement et des écoles dentaires.

L'ouvrage se termine par des conclusions qui représentent les principaux desiderata des chirurgiens-dentistes de tous les pays.

**PRIX en librairie**................ **10 fr.** } frais de port en sus.
Pour les abonnés de *L'Odontologie*. **6 fr.** }

**L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant, d'adresser à M. Ed. Papot la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 fr. pour l'étranger.**

30-III-03 N° 4

# La Revue Internationale

BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




## SESSION D'AVRIL 1903

La session que le bureau de la **Fédération dentaire nationale** organise en collaboration avec les bureaux de la Société d'Odontologie de Paris et de la Société Odontologique de France aura lieu, comme nous l'avons déjà annoncé, les 17, 18 et 19 avril, avant le départ pour Madrid des congressistes français et étrangers. Elle aura, cette année, une importance très grande, ainsi que l'on peut le voir par la liste des démonstrations annoncées plus loin.

Le bureau de la Société d'Odontologie s'est mis d'accord avec l'Ecole dentaire de Paris pour organiser dans sa grande salle de dentisterie une exposition d'instruments et d'outillage dentaires. Les congressistes pourront donc, après avoir suivi les démonstrations de leurs confrères, examiner les installations et les instruments nouveaux que chaque fournisseur se fera un plaisir de leur soumettre. Cette réunion ne pourra manquer d'attirer à Paris un grand nombre de dentistes de province et d'arrêter ceux des congressistes français et étrangers qui se rendront à Madrid.

### Séances de la F. D. N.

*Vendredi 17 avril.*

9 *heures du matin.* — 1re séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris.*

5 *heures du soir.* — Réunion du bureau du Comité exécutif à l'*Ecole Odontotechnique.*

7 *heures.* — Dîner facultatif. — *Restaurant Lapeyrouse.*

9 *heures.* — Punch offert aux délégués à l'*Ecole Odontotechnique.*

*Samedi 18 avril.*

9 *heures du matin.* — 2e séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris.*

| | | |
|---|---|---|
| 2 *heures.* — Assemblée générale à l'*Ecole Odontotechnique.* | | |
| | Enseignement médical............... | MM. Siffre. |
| | Enseignement technique............. | Roy. |
| | Hygiène dentaire.................... | Heïdé. |
| | Vœux du Syndicat des chirurgiens-dentistes. | |
| | Vœux et propositions diverses émis par les Sociétés. | |
| 7 *heures.* — Dîner amical de la F. D. N. au *Palais d'Orsay.* | | |

*Dimanche 19 avril.*

9 *heures du matin.* — 3e séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris.*

SÉANCES DE DÉMONSTRATIONS ORGANISÉES PAR LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS ET LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE, A L'OCCASION DE LA RÉUNION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

Ces séances auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris, de 9 heures à 11 heures du matin, les vendredi 17, samedi 18 et dimanche 19 avril.

*Programme du vendredi 17 avril.*

| | |
|---|---|
| MM. d'Argent. | Couronnes métalliques. |
| Bonnard. | Appareil extenseur du maxillaire inférieur. |
| Da Silva. | Aurifications. |
| Dr Godon. | Appareil fantôme. |
| Martinier. | Redressement brusque. |
| *Id.* | Appareils de prothèse médiate. |
| *Id.* | Appareil extenseur du maxillaire inférieur. |
| Dr Pont. | Injections sous-cutanées de paraffine. |
| Dr Hivert et Page. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Heïdé. | Obturations de porcelaine. |
| Palermo. | Aurifications. |
| Dr Siffre. | Le bloc d'émail comme substance obturatrice de caries limitées de grosses molaires. |
| Touvet-Fanton. | Anesthésie générale au coryl avec absorption d'air. |
| Lemerle. | Redressements. |

*Programme du samedi 18 avril.*

| | |
|---|---|
| MM. Bonnard. | Anesthésie locale par la nirvanine. |
| Dr Amoëdo. | Des implantations. |
| Davenport. | Obturations de porcelaine. |
| Dr Friteau. | Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. |
| Choquet. | Redressement par la méthode de Knapp. |
| Gillard. | Moulage de la face, procédé Baretta. |
| Gastal. | Aurifications. |
| Richard-Chauvin. | Obturations de porcelaine. |
| Dr Siffre. | Présentation de sondes pour canaux. |
| Lewett. | Obturation mixte : Or et ciment. |
| Richard-Chauvin. | Aurifications mixtes. |
| Delair. | Prothèse restauratrice. |
| Martinier. | Appareils de redressement. |
| *Id.* | Appareils pour fractures du maxillaire inférieur. |
| Touvet-Fanton. | Système rationnel de succion simple en caoutchouc mou. |

*Programme du dimanche 19 avril.*

| | |
|---|---|
| MM. Blatter. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Dr Friteau. | Les extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Röse. |
| Lemerle. | Aurifications. |
| Ott. | Crampons pour obturations de porcelaine, procédé Bœsch. |
| Choquet. | Démonstrations microscopiques. |
| Richard-Chauvin. | Or mou. |
| *Id.* | Travaux à pont. |
| Dr Siffre. | Nouveau masque pour somnoforme ou chlorure d'éthyle. |
| Touvet-Fanton. | Traitement immédiat et indolore de la carie du 3e degré. |
| Loup. | Anesthésie locale par la cocaïne. |
| Ledoux. | Bactériologie. |
| Dr Amoëdo. | Moyen clinique pour trouver les canaux d'une dent. |

*Le secrétaire général de la Société d'Odontologie,*
Dr Friteau.

## DINER AMICAL DE LA F. D. N.

Les souscriptions pour le dîner amical qui aura lieu le samedi 18 avril à 7 heures *précises* du soir au Palais d'Orsay, sont reçues au prix de 13 francs, soit à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, soit à l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière.

Prière instante de se faire inscrire d'avance.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE




## SESSION DE MADRID (1903

Dans quelques jours, le mercredi 22 avril 1903, va s'ouvrir à Madrid la troisième session de la Fédération dentaire internationale, qui promet, d'après les renseignements qui nous sont actuellement parvenus, d'éclipser en éclat et en importance les sessions précédentes tenues à Londres-Cambridge (1901) et Stockholm (1902).

La présence à Madrid d'un grand nombre de délégués notables, la publication récente des comptes rendus montrant l'importance du travail accompli à Stockholm, l'intérêt des questions qui doivent faire l'objet des délibérations et des discussions du Conseil exécutif et des diverses Commissions, la multiplicité des Congrès qui auront lieu à Madrid à ce moment et surtout la réunion à la même époque du XIVe Congrès international de médecine sont des garanties du succès qu'aura cette troisième session.

Nous allons examiner très rapidement ces différents points, en espérant que ces considérations auront comme effet de confirmer dans leur décision ceux qui sont décidés à se rendre en Espagne et de déterminer les hésitants de la dernière heure, à qui nous pouvons encore promettre bon voyage, bon souper et bon gîte, s'ils s'adressent actuellement au Comité de propagande.

Nous avons reçu une lettre récente d'Allemagne nous apprenant que notre éminent confrère le professeur Hesse de Leipzig, dans l'impossibilité absolue de venir parmi nous, à cause des examens de l'Université, serait remplacé à la session de la Fédération par le professeur Miller, assisté du Dr Dieck, pour représenter le Central Verein Deutscher Zahnärzte.

Nous avons de même été avisés que le Central Verein der in Amerika graduirten Doctoren der Zahnheil-Kunde envoyait comme délégués à Madrid MM. les Drs Jenkins et Julius Milke, de Dresde.

Les Etats-Unis d'Amérique nous enverront certainement une délégation remarquable par le nombre et par la valeur des délégués et

nous sommes à peu près assurés du concours des Harlan, des Kirk, des Brophy, etc.

L'Angleterre envoie comme délégués de la British Dental Association à Madrid, MM. Harding et Woodruff et MM. Whittaker et Gilmour, ces deux derniers étant spécialement adressés par la Midland Counties branch of the British Dental Association, comme nous l'indique par lettre le président Mansell, qui ne peut venir avec eux, à son grand regret.

L'Autriche-Hongrie a désigné les mêmes délégués que l'année dernière et nous attendons également des délégués de Belgique, du Danemark, de Hollande, d'Italie, de Suède, de Norvège et de Russie.

La Suisse enverra comme délégués MM. les Drs Guye, de Genève et Bryan, de Bâle.

Il est inutile de dire que la France et l'Espagne seront représentés par une très nombreuse délégation. On a vu dans les numéros précédents de ce journal les noms des confrères qui se rendront à Madrid et nous savons qu'à l'heure actuelle plus de 300 dentistes sont attendus à Madrid, tant pour le Congrès que pour la session de la F. D. I.

On a pu constater par la publication récente des comptes rendus de la session de Stockholm, publication faite en France, dans ce pays où fleurissent les Fédérations, toute l'importance des questions examinées et discutées avec animation par les représentants des divers pays. Ce livre comprend 400 pages et contient une série de documents intéressants, montrant la situation dans laquelle se trouvent la législation et l'enseignement dentaire dans les différents pays, ainsi que la série des discussions qui ont eu lieu à la Commission d'enseignement et à la Commission d'hygiène.

Cette année, le travail sera très considérable, tant pour le Conseil exécutif que pour les Commissions. La décision prise par le Conseil exécutif, en 1902, à Stockholm, d'accepter l'invitation courtoise faite par plusieurs groupements professionnels et autres des Etats-Unis de tenir le 4e Congrès dentaire international en 1904 à Saint-Louis (Missouri), a suscité de l'autre côté de l'Atlantique une rivalité louable, mais dangereuse, parmi les représentants des groupements dentaires américains et les représentants de la Fédération internationale qui se disputent l'honneur d'organiser le prochain Congrès.

La solution de ce conflit aura lieu à Madrid, après un examen sérieux et approfondi. Cette discussion doit être étendue, sans restrictions et n'avoir qu'un but idéal, s'inspirant uniquement de l'intérêt et de l'élévation de la profession dans tous les pays. Il est certain que la solution qui sera prise par des représentants autorisés, nommés par la grande assemblée internationale de 1900, donnant librement

leur avis indépendant et raisonné, sera celle de la raison et de la logique et qu'elle devra être acceptée sans appel par tous les groupes qui se sont adressés à la Fédération.

Celle-ci n'est pas composée de personnalités ni de représentants de nationalités diverses ; elle est composée de professionnels nommés régulièrement par le dernier Congrès international, par les Fédérations nationales et les sociétés et elle doit s'affranchir de toutes les considérations de personnes ou de nations qui troubleraient ses décisions, sans toutefois intervenir en aucune façon dans les questions strictement nationales ou personnelles.

Quoi qu'il en soit, cette question seule, d'où dépend, peut-être, à notre avis, l'avenir de la Fédération, occupera certainement plusieurs séances du Conseil. La constitution du bureau, la revision du règlement, l'examen du budget, les dispositions à prendre pour la publication des comptes rendus, l'organisation des travaux des Commissions, absorberont un certain nombre d'autres.

Enfin, diverses propositions doivent être étudiées spécialement, entre autres une du Dr Haderup, pour propager une nomenclature et une sténographie dentaires internationales et une du Dr Förberg, pour fonder une Revue analytique internationale sorte de Revue dentaire universelle destinée à mettre tous les praticiens du monde au courant des nouvelles intéressant l'art dentaire.

La Commission d'enseignement a un ordre du jour extrêmement chargé.

La question qui sera étudiée spécialement est celle de l'enseignement technique de l'étudiant en dentisterie et le Dr Roy, secrétaire de cette Commission, a adressé à tous un questionnaire à remplir sur ce sujet, en demandant un rapport à chaque membre de la Commission pour connaître l'avis des représentants de chaque pays.

La nomination du bureau et des membres, l'adresse du président, le rapport du secrétaire, la discussion générale, l'examen, la lecture et la discussion des rapports, la fixation des questions à l'ordre du jour pour la session de 1904, rempliront le cadre de plusieurs séances.

Enfin la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, ainsi que les autres Commissions qui seront probablement nommées auront également un travail considérable à faire, car quelques mois à peine nous séparent de Stockholm et un grand nombre des rapports qui devaient être faits pour cette présente session ne pourront être prêts.

Ce rapide exposé montre l'importance de la session qui se prépare et montre que les dentistes de tous pays qui se rendront à Madrid auront à fournir une collaboration importante aux travaux de la session de 1903.

D'autres réunions doivent également se tenir à la fin d'avril à Madrid, entre autres celle de l'American dental Society of Europe.

Un grand nombre de Congrès auront lieu à la même époque à Madrid, entre autres le Congrès international de la presse médicale, le Congrès international de déontologie professionnelle, le Congrès Ibéro-Américain des sciences médicales, le Congrès des médecins municipaux, le Congrès des architectes, etc. Indépendamment du XIVe Congrès international de médecine qui, à lui seul, attirera plusieurs milliers de membres.

Rappelons en passant que plus de 300 membres sont actuellement inscrits à la Section d'Odontologie et de Stomatologie du Congrès de médecine.

On peut voir par le nombre et l'intérêt des rapports, la liste des communications et des démonstrations pratiques, que cette Section d'Odontologie s'annonce comme un véritable Congrès dentaire international. L'activité bien connue de notre ami Aguilar, secrétaire général de la section, secondé par notre confrère et ami Subirana, nous est un sûr garant que rien ne manquera dans l'organisation matérielle et pratique des travaux, des excursions et des fêtes.

Aussi sommes-nous certain de rencontrer à Madrid un grand nombre de dentistes venus de tous les points du monde pour retrouver, pour la troisième année, depuis le Congrès de Paris, des confrères avec lesquels ils auront plaisir à examiner et à discuter les questions vitales de notre profession, dans l'intérêt de son élévation constante à un niveau de plus en plus élevé.

*Le secrétaire général,*
Dr E. SAUVEZ.

## AVIS TRÈS IMPORTANT

**Les membres de la Fédération dentaire internationale sont priés de remettre immédiatement à leur arrivée à Madrid, leurs lettres de délégation, leur adresse à Madrid et leur adresse personnelle, ainsi que tous les renseignements utiles à**

**M. le Dr SAUVEZ,**

secrétaire général de la Fédération dentaire internationale

**Hôtel Iberia (Puerta del sol) Madrid.**

**A partir du 15 avril 1903, pour recevoir leurs cartes, nominations dans les diverses Commissions et toutes communications utiles, programmes, etc.**

---

QUARTIER GÉNÉRAL. — Lieu des réunions : *Real Academia de Medicina* (Académie Royale de Médecine).

Pour tous renseignements locaux, s'adresser au Dr Aguilar, 5, Calle de Serrano, Madrid.

*Programme provisoire de la session.*

*Mardi* 21 *avril, à* 4 *heures du soir.* — Réunion du Conseil exécutif à l'Hôtel Iberia (Puerta del sol).

*Mercredi* 22 *avril, à* 10 *heures du matin.* — Séance officielle d'ouverture de la Fédération dentaire internationale, à l'Academia de Medicina, sous la présidence de Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique.

*A* 2 *h.* 1/2. — Réunion des Commissions de la F. D. I. (Real Academia de Medicina).

COMMISSION D'ENSEIGNEMENT.

*Ordre du jour de la session :*

1° Adoption des procès-verbaux de Stockholm ;
2° Correspondance ;
3° Nomination des membres titulaires et des membres-adjoints ;
4° Adresse du président ;
5° Rapport du secrétaire ;
6° Discussion générale ;
7° Examen de la question à l'ordre du jour ;
  A. Lecture des conclusions des rapports ;
  B. Discussion des rapports ;
8° Fixation des questions à l'ordre du jour pour la session de 1904 ;
9° Vœux et propositions diverses ;
10° Nomination du bureau pour 1904.

COMMISSION D'HYGIÈNE ET DES SERVICES DENTAIRES PUBLICS.

*Même ordre du jour que pour la Commission d'enseignement.*

*A* 5 *h.* 1/2. — Réunion du Conseil exécutif.

*A* 8 *heures soir.* — Banquet de la F. D. I. (s'inscrire auprès du Dr Aguilar).

*Jeudi* 23 *avril, à* 10 *heures matin.* — Séance des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A midi.* — Assemblée générale de la Fédération.

Les séances suivantes seront fixées ultérieurement, suivant les nécessités de l'ordre du jour.

*Le secrétaire général,*
Dr E. SAUVEZ.

# XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SECTION XII

(ODONTOLOGIE ET STOMATOLOGIE).



**MADRID**

AVRIL 1903.

## COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE

Le succès du Congrès de Madrid est assuré. Le nombre des adhésions venues de tous les pays du monde dépasse actuellement 300. Voici celles qui nous sont parvenues directement :

| | | |
|---|---|---|
| M. | Alaux. | Toulouse. |
| Mlle | Alaux. | Toulouse. |
| MM. | Beltrami. | Marseille. |
| | Bouvet. | Angers. |
| | Brodhurst. | Montluçon. |
| Dr | Chemin. | Toulouse. |
| | Choquet. | Paris. |
| | Delair. | Paris. |
| | Ducournau. | Paris. |
| MM. | Eller-Vainicher. | Naples (Italie). |
| | Heïdé. | Paris. |
| Mme | Heïdé. | Paris. |
| MM. | Houdié. | Toulouse. |
| | Francis Jean. | Paris. |
| | Lacaille. | Toulouse. |
| | Marrouneaud. | Bordeaux. |
| Dr | Martin. | Lyon. |
| MM. | Martinier. | Paris. |
| | Papot. | Paris. |
| Mme | Papot. | Paris. |
| M. | Perrier. | Charleroi (Belgique). |
| Dr | Pont. | Lyon. |
| Mme | Pont. | Lyon. |
| M. | Raget. | Paris. |
| Mme | Raget. | Paris. |
| M. | Ronnet. | Paris. |
| Mme | Ronnet. | Paris. |
| Dr | Roy. | Paris. |
| MM. | Schwartz. | Nîmes. |
| | Schwartz, fils. | Montpellier. |
| | Seigle (Louis). | Bordeaux. |
| | Thuillier. | Rouen. |
| Mme | Thuillier. | Rouen. |
| Mlles | Thuillier. | Rouen. |
| | Godefroy. | Rouen. |
| M. | Touchard. | Paris. |
| Dr | Valdivia. | Santiago (Chili). |
| M. | Viau. | Paris. |
| Dr | Villagra. | Santiago (Chili). |

### *Communications annoncées.*

Aguilar, Madrid. — Rapport : Connaissances que doivent posséder ceux qui exercent l'odontologie et enseignement à leur donner.

Communication : L'enseignement dentaire en Amérique.

Amoëdo, Paris. — Rapport : Traitement et obturation de dents avec pulpe malade.

Amoëdo, Paris. — Nouvelle forme anatomique de la face triturante des couronnes en or.

Amoëdo, Paris. — Capsules anatomiques.

Amoëdo, Paris. — Articulation des dentiers en rapport avec l'articulation temporo-maxillaire.

Bacque, Limoges. — Sur un cas intéressant de responsabilité civile du dentiste.

Barbosa, Vigo. — Hygiène de la bouche.

Beltrami, Marseille. — Appareils d'urgence pour contention de fracture compliquée des maxillaires supérieurs d'origine traumatique. Présentation des pièces.

Bergonier et Dunogier, Bordeaux. — Les rayons X dans la recherche de la prothèse dentaire.

Bradwer, Londres. — Construction simplifiée des appareils de redressement.

Brophy, Chicago. — Traitement chirurgical des défauts de la voûte palatine.

Bryan, de Bâle. — La dentisterie préventive contre la réparation, traitement électrique de la pyorrhée alvéolaire.

Capdepont et Michäels, Paris. — Un cas de distrophie dentaire de type héréditaire de famille. Essai de détermination diathésique.

Capdepont, Paris. — Les éruptions précoces.

Cavalié et Rolland, Bordeaux. — Etude de la cellule nerveuse de la substance corticale du cerveau sous l'influence de quelques anesthésiques généraux et principalement du somnoforme.

Chompret, Paris. — De l'orthodontie.

Chompret, Paris. — Sur les glossopathies.

Choquet, Paris. — Stérilisation de la dentine.
Rapport : Microscopie dentaire.

Cruet, Paris. — Tic douloureux de la face.

Cryer, Philadelphie. — Anatomie interne de la face.

Damians, Barcelone. — Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Da Silva, Paris. — L'or contre la porcelaine.

Delair, Paris. — Prothèse du squelette. Procédé nouveau de prothèse osseuse. Appareils de porcelaine. Appareils cloisonnés en or.

Delair, Paris. — Nouvelle méthode de prothèse vélo-palatine. Voile à clapet.

Delair, Paris. — Procédé nouveau de prothèse nasale et faciale. Appareils en caoutchouc léger. Mécanismes de rétention spéciale.

Ducournau, Paris. — Dent de 6 ans et dent de sagesse. Faut-il sacrifier la première au profit de la seconde et dans quelles conditions ?

Eller-Vainicher. — Histologie de la pulpe dentaire.

Ferrier (J.), Paris. — Recherches sur la partie imputable au rachitisme dans la formation des dents.

Ferrier (J.), Paris. — Considérations sur le choix du moment de l'intervention dans certains cas d'orthodontie.

Ferrier (J.), Paris. — Recherches sur les moyens d'éviter la douleur dans la dévitalisation de la pulpe par l'acide arsénieux.

Frey, Paris. — Deux observations de prothèse du maxillaire inférieur.

Gires, Paris. — Préparation de cavités pour aurifier par la méthode Johnson.

Giuria, Gênes. — Anesthésie en odontologie.

Godon, Paris. — Rapport : Connaissances que doivent posséder ceux qui exercent l'odontologie et enseignement à leur donner.
Connaissance à exiger pour l'exercice de l'art dentaire.

Good, Chicago. — Pyorrhée alvéolaire.

Guerini, Naples. — L'odontologie chez les premiers habitants de l'Italie.

Herbst, Brême. — Travaux à pont et orthodontie.
L'effet de la pression de l'air sur la cavité buccale.
Le déplacement de l'articulation des dents.

Jenkins, Dresde. — Nouvel émail de porcelaine pour couronne, travail à pont et gencive continue.
Obturations de porcelaine.

Jessen, Strasbourg. — L'hygiène dentaire en Allemagne.

Kelsey, Marseille. — La nécrose phosphorée.

Kummel, Berlin. — Le dentiste, fonctionnaire de la salubrité publique.

Losada, Madrid. — Rapport : Traitement et obturation des dents avec pulpe malade.

Quelques considérations sur un cas très rare de dentomalatie.

Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur. Présentation de la malade guérie.

Préparation des cavités et inconvénients de leur extension exagérée.

Hygiène et traitement des dents des enfants.

Cas de nécrose partielle du maxillaire supérieur d'étiologie difficile ; son traitement et présentation de la malade.

Caractéristiques des dents dans les différents tempéraments et leur rapport avec la prothèse artistique.

Méthodes pour tenir sec le champ opératoire.

Mahé, Paris. — De l'emploi du latin comme langue internationale en odonto-stomatologie.

Mahé, Paris. — Porte-meubles démontable.

Mahé, Paris. — Traitement récent de la sensibilité dentaire.

Mahé, Paris. — Démonstration de l'appareil de Kingsley pour le traitement de la fracture du maxillaire inférieur.

Mahé, Paris. — Un cas de neurasthénie d'origine buccale.

Mahé, Paris. — Un cas de réimplantation tardive. Emploi du sérum gélatineux.

Mahé, Paris. — Traitement de la carie du 3e degré dans les dents multiradiculaires. Amputation de la pulpe.

Mahé, Paris. — Considérations et recherches expérimentales sur la perméabilité de la dentine.

Emploi du gaïacol en odonto-stomatologie.

Manlok, Berlin. — La porcelaine conservatrice en odontologie.

Maingny, Nantes. — Influence néfaste du régime lacté sur la dentition.

Martin, Lyon. — Rapport : Prothèse bucco-faciale et squelettique.

Mascort, La Havane. — Règles d'esthétique pour déterminer par rapport aux traits de la face, le volume, la forme, la couleur des dents de porcelaine correspondant à chaque cas dans lequel les dents naturelles font défaut.

Miller, Berlin. — Du rôle de la salive humaine dans l'immunité de la carie dentaire et d'autres infirmités d'origine buccale.

Mitchell, Londres. — Quelques points à considérer relativement à la promulgation des études dentaires aux Etats-Unis.

Mœser, Francfort. — Obturations d'émaux de porcelaine facilement et difficilement fusibles.

Nogué, Paris. — Anesthésie tronculaire en stomatologie.

Nux, Toulouse. — Contribution à l'étude du traitement de la carie du second degré avancé.

Perez, Madrid. — Travaux dans le four électrique avec le silerat.

Pfatt, Dresde. — Irrégularités dentaires et leur correction (avec démonstrations, photographies et modèles).

Pitsch, Paris. — Du formol en art dentaire.

Pons, Barcelone. — Réabsorption de l'alvéole pendant la calcification d'une incisive permanente.

Le sodium-potassium dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Pont, Lyon. — Considérations générales sur la prothèse restauratrice du maxillaire supérieur. Présentation d'un appareil nouveau.

Pont, Lyon. — Observation clinique et anatomo-pathologique d'un cas unique de tumeur de la pulpe dentaire.

Preiswerk, Bâle. — Microscopie de la pulpe.
Ponts.

Rathburn, Londres. — Deux ou trois cas de redressement.

Robinson, Bordeaux. — Notes comparatives sur l'administration du somnoforme par la nouvelle méthode des docteurs Field, Robinson et Rolland, avec sa technique originale.

Rodier, Paris. — Paralysie faciale d'origine dentaire.

Rodier, Paris. — Résultats éloignés des implantations dentaires.

Rolland et Robinson, Bordeaux. — Démonstration de l'administration du somnoforme.

Roy. — De l'intervention dans les suppurations d'origine dentaire.

Roy. — De l'enseignement technique du chirurgien-dentiste.

Sauvez, Paris. — Rapport : Anesthésie locale en odontologie.

Seigle, Bordeaux. — Réparation immédiate des dents à pivot, cassées, montées sur or.

Siffre, Paris. — Stérilisation des canaux avec l'acide sulfurique.

Siffre, Paris. — Enseignement dentaire.

Siffre, Paris. — La carie du 3e degré (traitement).

Siffre, Paris. — Anatomie de l'apex.

Smith, Londres. — Rapport : Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Subirana, Madrid. — Nouveau pont amovible et inamovible.

Subirana, Madrid. — Ponts en général.

Subirana, Madrid. — Des stomatites mercurielles.

Subirana, Madrid. — Contribution à l'étude du prognathisme des dents supérieures.

Terrier, Paris. — Vulgarisation des moyens de prophylaxie des affections de la bouche.

Tourtelot, Royan. — Guérison des névralgies faciales par les injections sous-gingivales d'alcool à 60°.

Weiser, Vienne. — Les indications en dentisterie et la limitation de cette spécialité par rapport aux autres branches de la médecine.

Wilhelm, Strasbourg. — Tentatives d'hygiène dentaire en Allemagne.

Williams, Londres. — Rapport : Microscopie dentaire.

Wright, Cincinnati. — L'aurore d'une ère en dentisterie.

Young, Leipzig. — Echec dans la soudure des dents.

Younger, Paris.

Zsigmondy, Vienne. — Histologie dentaire.

## *Démonstrations cliniques et présentations.*

Aguilar, Madrid. — Redressement immédiat.
Anesthésie locale.

Albrecht, Berlin. — Or en feuilles.

Amoëdo, Paris. — Traitement des dents à pulpe morte.
Implantation de dents.

Cladera, Palma. — L'anesthésique Cladera. Présentation de l'appareil à davier pour les extractions anesthésiques.

Da Silva, Paris. — L'adrénaline en chirurgie dentaire.

J. Davenport, Paris. — Travail à pont.

Guye, Genève. — Obturations de porcelaine à haute température.

Losada, Madrid. — Extirpation indolore ou immédiate de la pulpe avec anesthésie par pression. Méthode Losada.
Emploi des matrices.

Losada, Madrid. — Traitement des canaux par la momification et l'obturation immédiate.
Aurifications de contour. Emploi du maillet mécanique.
Mamlok, Berlin. — Obturations de porcelaine.
Martinier. — Série d'appareils extenseurs du maxillaire inférieur.
Martinier. — Appareils pour fractures du maxillaire inférieur.
Martinier. — Appareils de restauration médiate des maxillaires.
Mitchell, Londres. — Aurifications.
Coloration artistique des dents artificielles.
Rolland et Robinson, Bordeaux. — Administration du somnoforme.
Stolley, Flensbourg. — Redressement de dents placées obliquement.
Subirana, Madrid. — Moufle Subirana.
Nouvelles pinces pour faire des couronnes.
Schwartz, 1° démonstration sur un malade, du traitement de la carie du 4e degré avec complications (fluxions, etc.).
2° Nouvelle pharmacie dentaire.
3° Porte-Ciments. Nouvel appareil à fermeture automatique avec plaque pour la préparation des ciments.
Wetzel, Mulhouse. — Obturations de porcelaine.
Younger, Paris. — Implantations dentaires.
Traitement de la pyorrhée.

*Programme provisoire.*

*23 avril, jeudi,* 3 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIVe Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII.

9 heures soir. — Soirée offerte aux Congressistes et à leurs femmes, par M. Aguilar, secrétaire général de cette section.

*24, vendredi,* 10 heures. — Réunion de la section. Lecture et discussion des mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

*25, samedi,* 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie.

2 heures. — Séance de la section.

Banquet de la section (par cotisation).

*26, dimanche,* 1 heure. — Déjeuner dans les jardins du Buen Retiro, offert par le Comité local aux membres de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe.

4 heures. — Course de taureaux offerte aux Congressistes par la députation provinciale.

*27, lundi,* 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques.

3 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion des mémoires.

*28, mardi.* — Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

*29, mercredi,* 10 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

*30, jeudi.* — Clôture du Congrès.

Pendant la semaine que durera le Congrès, auront lieu également une réception au Palais-Royal par Sa Majesté le Roi, et une fête offerte par la Municipalité. Les dates n'en sont pas encore fixées. La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu probablement au Théâtre Royal ; les séances des sections se tiendront dans le palais de la Bibliothèque et Musées nationaux ; les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII à la Faculté de médecine.

---

Pour tous renseignements, adhésions, communications, etc., s'adresser à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Les cotisations (25 fr. pour les Congressistes, 10 fr. pour leur femme) peuvent être versées 45, rue de La Tour-d'Auvergne à M. Papot, secrétaire-archiviste, qui se charge de les centraliser et de les transmettre au Comité d'organisation à Madrid.

---

## *Voyage pratique de « L'Odontologie ».*

Nous avons reçu également un certain nombre d'adhésions pour notre itinéraire ; nous en reproduisons plus haut le détail.

## ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

*Congrès d'Angers* (4 au 12 août 1903).

### *Questions proposées.*

Hygiène prophylactique de la carie dentaire.
Malpositions dentaires. Prothèse médiate restauratrice.
Anesthésie locale et anesthésie générale.
Traitement des 3$^e$ et 4$^e$ degrés.
Couronnes et travaux à pont.

Adresser les adhésions et les demandes de renseignements à M. L. Delair, président de la XX$^e$ section, 68, boulevard Rochechouart, Paris, ou à M. le secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, Hôtel des Sociétés savantes, 10, rue Danton, à Paris.

*La Revue Internationale*
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

Dans nos précédents numéros nous avons donné sous chaque rubrique respective les renseignements et les programmes concernant la F. D. N., les séances de démonstrations pratiques des Sociétés Odontologiques, la F. D. I. et le Congrès de Madrid.

Nous enregistrons de même aujourd'hui les dernières nouvelles qui nous sont parvenues, mais pour la commodité de ceux de nos lecteurs qui assisteront à ces différentes réunions nous groupons plus loin (voir page 51) le *programme général journalier* de cette importante quinzaine professionnelle.

E. P.

---

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




### SESSION D'AVRIL 1903

La session que le bureau de la **Fédération dentaire nationale** a préparé avant le départ pour Madrid des congressistes français et étrangers, aura lieu les vendredi 17 et samedi 18 avril; les séances se tiendront à l'*École Odontotechnique*, 5 rue Garancière.

A cette occasion les bureaux de la *Société d'Odontologie de Paris* et de la *Société Odontologique de France* ont organisé en collaboration des séances cliniques et de démonstrations pratiques qui auront lieu, comme nous l'avons déjà annoncé, les 17, 18 et 19 avril. Elles auront, cette année, une importance très grande, ainsi que l'on peut le voir par la liste des démonstrations annoncées plus loin.

Le bureau de la Société d'Odontologie s'est mis d'accord avec

l'Ecole dentaire de Paris pour organiser dans sa grande salle de dentisterie une *exposition d'instruments et d'outillage dentaires.* Les congressistes pourront donc, après avoir suivi les démonstrations de leurs confrères, examiner les installations et les instruments nouveaux que chaque fournisseur se fera un plaisir de leur soumettre. Cette réunion ne pourra manquer d'attirer à Paris un grand nombre de dentistes de province et d'arrêter ceux des congressistes français et étrangers qui se rendront à Madrid.

*Le secrétaire général*
*de la Société Odontologique,*
ASTIÉ.

*Le secrétaire général*
*de la Société d'Odontologie.*
Dr FRITEAU.

## DINER AMICAL DE LA F. D. N.

Les souscriptions pour le dîner amical qui aura lieu le samedi 18 avril à 7 heures *précises* du soir au Palais d'Orsay, sont reçues au prix de 13 francs, soit à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, soit à l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière.

Prière instante de se faire inscrire d'avance. Tenue de ville.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE




## SESSION DE MADRID (1903)

DÉLÉGATIONS NOUVELLES.

*Société dentaire de Bâle.*

MM. V. de Trey, H. B. Respinger, de Bâle.

*Association dentaire nationale des Etats-Unis.*

MM. Matthew Henry, Cryer, de Philadelphie.

*Association dentaire de Norvège et Comité des examinateurs dentaires.*

M. Smith-Housken, de Christiania.

*Institut de Stomatologie de New-York.*

MM. Isaac B. Davenport, Georges Roussel, de Paris ; Jenkins, de Dresde.

*Société dentaire américaine d'Europe.*

MM. Jenkins, de Dresde; William Mitchell, de Londres.

*Association générale des Dentistes de Belgique.*

M. Brunzlow.

---

**AVIS TRÈS IMPORTANT**

**Les membres de la Fédération dentaire internationale sont priés de remettre immédiatement à leur arrivée à Madrid, leurs lettres de délégation, leur adresse à Madrid et leur adresse personnelle, ainsi que tous les renseignements utiles à**

**M. le Dr SAUVEZ,**

secrétaire général de la Fédération dentaire internationale

**Hôtel de la Iberia, 2, Calle del Arenal (Puerta del sol) Madrid.**

**A partir du 15 avril 1903, pour recevoir leurs cartes, nominations dans les diverses Commissions et toutes communications utiles, programmes, etc.**

---

QUARTIER GÉNÉRAL. — Lieu des réunions de la F. D. I. : *Real Academia de Medicina* (Académie Royale de Médecine) Calle Mayor, près la Puerta del sol.

Pour tous renseignements locaux, s'adresser au Dr Aguilar, 5, Calle de Serrano, Madrid.

# XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

SECTION XII

(ODONTOLOGIE ET STOMATOLOGIE).



**MADRID**

AVRIL 1903.

## COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE

---

La Section d'Odontologie compte actuellement plus de 330 membres; c'est la plus nombreuse de toutes. Voici celles qui nous sont parvenues directement :

| | | |
|---|---|---|
| M. | Alaux. | Toulouse. |
| Mlle | Alaux. | Toulouse. |
| MM. | Beltrami. | Marseille. |
| | Bohl. | Castres. |
| | Bouvet. | Angers. |
| | Brodhurst. | Montluçon. |
| Dr | Chemin. | Toulouse. |
| | Choquet. | Paris. |
| | Delair. | Paris. |
| Mlle | Delaporte. | Paris. |
| MM. | Ducournau. | Paris. |
| | Eller-Vainicher. | Naples (Italie). |
| Dr | Guérin. | Paris. |
| | Heïdé. | Paris. |
| Mme | Heïdé. | Paris. |
| MM. | Houdié. | Toulouse. |
| | Francis Jean. | Paris. |
| | Lacaille. | Toulouse. |
| | Marronneaud. | Bordeaux. |
| Dr | Martin. | Lyon. |
| M. | Martinier. | Paris. |
| Dr | Monnet. | Paris. |
| M. | Papot. | Paris. |
| Mme | Papot. | Paris. |
| M. | Perrier. | Charleroi (Belgique). |
| Dr | Pont. | Lyon. |
| Mme | Pont. | Lyon. |
| M. | Raget. | Paris. |
| Mme | Raget. | Paris. |
| M. | Ronnet. | Paris. |
| Mme | Ronnet. | Paris. |
| Dr | Roy. | Paris. |
| M. | Rozenbaum. | Paris. |
| Mme | Rozenbaum. | Paris. |
| MM. | Schwartz. | Nîmes. |
| | Schwartz, fils. | Montpellier. |
| | Seigle (Louis). | Bordeaux. |
| | Thuillier. | Rouen. |
| Mme | Thuillier. | Rouen. |
| Mlles | Thuillier. | Rouen. |
| | Godefroy. | Rouen. |
| MM. | Touchard. | Paris. |
| | Touvet-Fanton. | Paris. |
| Dr | Valdivia. | Santiago (Chili). |
| M. | Viau. | Paris. |
| Dr | Villagra. | Santiago (Chili). |

### *Communications, démonstrations et présentations nouvelles.*

Dr Monnet. — L'hermophényl, nouvel antiseptique. — Son emploi dans l'antisepsie buccale.

Schwartz père. — Traitement des dents infectées avec ou sans complications.

Schwartz père. — Nouvelle pharmacie dentaire.
id. Porte-ciment, nouvel appareil de cabinet à fermeture automatique pour la préparation du ciment.
id. Davier pour l'extraction des molaires inférieures. (Pour l'emploi de ce davier, l'opérateur se place derrière le malade.)
id. Projections de clichés démontrant les diverses phases de la carie.
id. Présentation du moulage d'une tumeur congénitale volumineuse du palais.
Schwartz père et fils. — Présentation d'un cas très grave de prognathisme.
Schwartz fils. — Présentation de deux instruments nouveaux.
Touvet-Fanton. — Anesthésie générale mixte par les vapeurs du coryl mélangées à l'air atmosphérique.
Touvet-Fanton. — Emploi rationnel du caoutchouc mou comme procédé de succion pour la rétention des appareils à plaque.

---

Les congressistes qui n'ont pas encore reçu le programme du Congrès le trouveront, à leur arrivée à Madrid en anglais, en français et en espagnol.

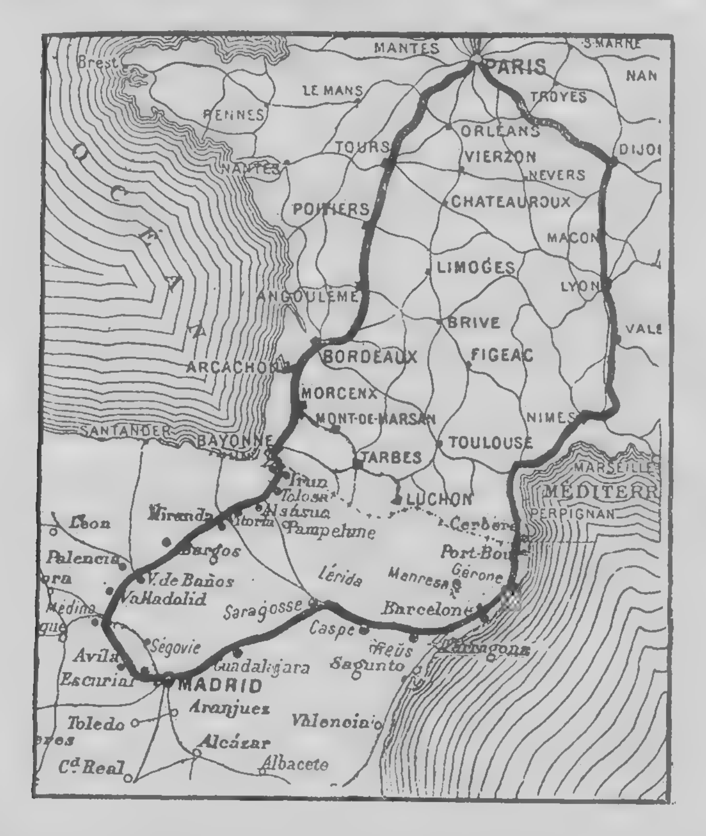
---

Les séances des sections se tiendront dans le palais de la Bibliothèque et Musées nationaux, Paseo de Recoletos ; les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII à la Faculté de médecine Calle de Atocha.

# VOYAGE PRATIQUE DE L'ODONTOLOGIE A MADRID

DU 18 AVRIL AU 3 MAI

Prix a forfait, *tout compris,* en **1re** classe **580** francs.




**Le Prix de cette Excursion est basé** sur une réduction de 50 o/o accordée aux congressistes par les Compagnies de transports; il comprend:

1° Les transports en chemins de fer;

2° Repas en route, aux buffets et dans les wagons-restaurants chaque fois que cela est possible;

3° L'assistance aux frontières;

4° Les omnibus à l'arrivée et au départ de chaque ville;

5° Le séjour pendant tout le voyage dans les bons hôtels dont la liste sera donnée, les meilleures chambres étant réservées aux premiers inscrits:

6° Les chevaux et voitures nécessaires pour les excursions et la visite des villes sans fatigue;

7° Les entrées dans les monuments et musées;

8° Les soins d'interprètes spéciaux pour donner toutes les explications nécessaires.

L'excursion sera conduite par un guide interprète spécial, chargé de l'exécution du programme et des formalités de séjour.

**Chaque voyageur a droit tous les jours à une bonne chambre, service et éclairage, à un petit déjeuner du matin, à un déjeuner à la fourchette et à un dîner de table d'hôte (vin compris).**

1re classe **580** francs.

ITINÉRAIRE.

Paris, Hendaye, Fontarabie, Irun, Saint-Sébastien, Burgos, Miraflores, Las Huelgas, Madrid, Saragosse, Barcelone, Paris.

## PROGRAMME GÉNÉRAL JOURNALIER

### *Vendredi 17 avril.*

*9 heures du matin.* — 1re séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris*.

| | |
|---|---|
| MM. d'Argent. | Couronnes métalliques. |
| Bonnard. | Appareil extenseur du maxillaire inférieur. |
| Da Silva. | Aurifications. |
| Derud et Janicot. | Antisepsie des canaux dentaires. |
| Dr Godon. | Appareil fantôme. |
| Martinier. | Redressement brusque. |
| *Id.* | Appareils de prothèse médiate. |
| *Id.* | Appareil extenseur du maxillaire inférieur. |
| Dr Pont. | Injections sous-cutanées de paraffine pour restaurations nasales. |
| Hivert et Dr Page. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Heïdé. | Obturations de porcelaine. |
| Palermo. | Aurifications. |
| Dr Siffre. | Le bloc d'émail comme substance obturatrice de caries limitées de grosses molaires. |
| Touvet-Fanton. | Anesthésie générale au coryl avec absorption d'air. |

**F. D. N.** *5 heures du soir.* — Réunion du bureau du Comité exécutif à l'*Ecole Odontotechnique.*

*7 heures.* — Dîner facultatif. — *Restaurant Lapeyrouse.*

*9 heures.* — Punch offert aux délégués à l'*Ecole Odontotechnique.*

### *Samedi 18 avril.*

*9 heures du matin.* — 2e séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris*.

| | |
|---|---|
| MM. Dr Amoëdo. | Des implantations. |
| Bonnard. | Anesthésie locale par la nirvanine. |
| Choquet. | Redressement par la méthode de Knapp. |
| Davenport. | Obturations de porcelaine. |
| Delair. | Prothèse restauratrice. |
| Dr Friteau. | Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. |
| Gastal. | Aurifications. |
| Gillard. | Moulage de la face, procédé Baretta. |

| | |
|---|---|
| MM. Ledoux. | Bactériologie. |
| Lemerle. | Redressements. |
| Lewett. | Obturation mixte : Or et ciment. |
| Martinier. | Appareils de redressement. |
| *Id.* | Appareils pour fractures du maxillaire inférieur. |
| Richard-Chauvin. | Aurifications mixtes. |
| Richard-Chauvin. | Obturations de porcelaine. |
| Dr Siffre. | Présentation de sondes pour canaux. |
| Touvet-Fanton. | Système rationnel de succion simple en caoutchouc mou. |

---

**F. D. N.** 2 *heures.* — Assemblée générale à l'*Ecole Odontotechnique.*

Enseignement médical............... MM. Siffre.
Enseignement technique............. Roy.
Hygiène dentaire.................... Heïdé.
Vœux du Syndicat des chirurgiens-dentistes.
Vœux et propositions diverses émis par les Sociétés.

7 *heures.* — Dîner amical de la F. D. N. au *Palais d'Orsay.*

Les souscriptions pour le **dîner amical** qui aura lieu le samedi 18 avril à 7 heures *précises* du soir au Palais d'Orsay, sont reçues au prix de 13 francs, soit à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, soit à l'Ecole Odontotechnique, 5, rue Garancière.

Prière instante de se faire inscrire d'avance. Tenue de ville.

---

**Itinéraire.** — *Samedi 18 avril, soir.* — Départ du quai d'Orsay à 10 h. 23.

---

## *Dimanche 19 avril.*

9 *heures du matin.* — 3e séance de démonstrations pratiques à l'*Ecole dentaire de Paris.*

| | |
|---|---|
| MM. Blatter. | Anesthésie générale par le somnoforme. |
| Dr Friteau. | Les extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Röse. |
| Lemerle. | Aurifications. |
| Ott. | Crampons pour obturations de porcelaine, procédé Bœsch. |
| Choquet. | Démonstrations microscopiques. |
| Richard-Chauvin. | Or mou. |
| *Id.* | Travaux à pont. |
| Dr Siffre. | Nouveau masque pour somnoforme ou chlorure d'éthyle. |
| Touvet-Fanton. | Traitement immédiat et indolore de la carie du 3e degré. |
| Loup. | Anesthésie locale par la cocaïne. |
| Dr Amoëdo. | Moyen clinique pour trouver les canaux d'une dent. |

---

**Itinéraire.** — Passage à Bordeaux petit déjeuner (7 h. 4 — 7 h. 31). Arrivée à Hendaye (midi 30). Déjeuner. Traversée de la Bidassoa en barque. Visite de Fontarabie. Trajet en voiture jusqu'à Irun. Visite de la douane — mettre sa montre à l'heure de l'Europe occidentale en retard de 5 minutes sur celle de Paris. Départ pour Saint-Sébastien à 4 h. 5 — arrivée à 4 h. 47. — Dîner et coucher à l'hôtel de Londres.

*Lundi 20 avril.*

**Itinéraire.** — *Matin.* — Visite de Saint-Sébastien : la Concha, le Casino, le Port, la Citadelle, le nouveau Paseo al Castillo, le rio Uremea. Départ pour Burgos (2 h. 45). — Jusqu'à Burgos la route offre de superbes points de vue sur les Monts Cantabriques ; à Brincola la ligne atteint le point culminant. — Dîner au buffet de Medina del campo — arrivée à Burgos à 9 h. 45 — conduite à l'hôtel de Paris, coucher.

---

*Mardi 21 avril.*

**Itinéraire.** — *Matin.* — Visite de Burgos (ancienne capitale de la vieille Castille et résidence des premiers rois — la ville compte 33000 habitants), la maison du Cordon, la place de la Constitution, l'Hôtel de Ville et le Musée, la Cathédrale, l'Eglise St-Etienne, l'Arc de Triomphe et celui de Santa Maria, l'Espolon, la plaza Mayor, Casas Consistoriales et Musée du Cid, statue de Charles III, la chapelle du Connétable, les quais de l'Arlanzon.

*Après-midi.* — Excursion en voitures à la chartreuse de Miraflorès et au couvent de Las Huelgas.

*Soir.* — Départ pour Madrid (9 h. 53).

---

**F. D. I.** 4 *heures du soir.* — Réunion du Conseil exécutif à l'Hôtel de la Iberia (Puerta del sol).

---

*Mercredi 22 avril.*

**Itinéraire.** — Arrivée à Madrid (7 h. 34) conduite au GRAND HÔTEL DE LA IBERIA, *Puerta del sol* (on parle français).

---

**F. D. I.** 10 *heures du matin.* — Séance officielle d'ouverture de la Fédération dentaire internationale, à l'Academia de Medicina, sous la présidence de Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique.

*A 2 h.* 1/2. — Réunion des Commissions de la F. D. I. (Real Academia de Medicina).

COMMISSION D'ENSEIGNEMENT.

*Ordre du jour de la session :*

1° Adoption des procès-verbaux de Stockholm ;
2° Correspondance ;
3° Nomination des membres titulaires et des membres-adjoints ;
4° Adresse du président ;
5° Rapport du secrétaire ;
6° Discussion générale ;
7° Examen de la question à l'ordre du jour ;
A. Lecture des conclusions des rapports ;

B. Discussion des rapports ;
8° Fixation des questions à l'ordre du jour pour la session de 1904;
9° Vœux et propositions diverses ;
10° Nomination du bureau pour 1904.

COMMISSION D'HYGIÈNE ET DES SERVICES DENTAIRES PUBLICS.

*Même ordre du jour que pour la Commission d'enseignement.*

*A 5 h. 1/2.* — Réunion du Conseil exécutif.

*A 8 heures soir.* — Banquet de la F. D. I. (s'inscrire auprès du Dr Aguilar).

---

*Jeudi 23 avril.*

**F. D. I.** *9 heures matin.* — Séance des Commissions de la F. D. I. (Commission d'enseignement et Commission d'hygiène).

*A 11 heures.* — Assemblée générale de la Fédération.

Les séances suivantes seront fixées ultérieurement, suivant les nécessités de l'ordre du jour.

---

**Congrès.** 2 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIVe Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII, au théâtre Royal.

*5 h. 1/2.* — Réception au théâtre de l'Alhambra offerte aux Congressistes de la XIIe section par M. le Dr Florestan Aguilar, secrétaire général de cette section.

*9 heures soir.* — Réception générale au Ministère des affaires étrangères offerte par le Gouvernement espagnol.

---

*Vendredi 24 avril.*

9 heures. — Réunion de la section. Election du Bureau. Lecture et discussion des mémoires.

3 heures. — Réception par Sa Majesté le Roi Alphonse XIII au Palais Royal.

9 heures du soir. — Réception au « City Hall » offerte par la ville de Madrid.

---

*Samedi 25 avril.*

9 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie à la Faculté de médecine (section dentaire).

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

9 heures du soir. —

*Dimanche 26 avril.*

A midi. — Banquet de la section (par cotisation).
4 heures. — Garden Party au Jardin du Palais offerte par Sa Majesté le Roi.
8 h. 1/2 du soir. — Soirée de Gala au Théâtre-Royal.

*Lundi 27 avril.*

9 heures. — Séance de la section.
4 heures. — Course de taureaux de gala offerte aux Congressistes par la députation provinciale.
9 heures du soir. — Soirée théâtrale au Teatro Lirico offerte par le Conseil municipal de Madrid.

*Mardi 28 avril.*

Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

*Mercredi 29 avril.*

9 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.
2 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques à la Faculté de médecine (section dentaire).

**Itinéraire.** — *Soir.* — Départ de Madrid (7 h. 35).

*Jeudi 30 avril.*

**Congrès.** 9 heures. — Séance de la section.
2 heures. — Clôture du Congrès.

**Itinéraire.** — *Matin.* — Arrivée à Saragosse (6 h. 35) (92.500 h.) une des villes les plus intéressantes de l'Espagne — promenade et visite : le Corso, la Basilique del Pilar, l'Archevêché, la Casa Municipale et la Lonja (bourse des négociants), la Tour penchée, l'Aljaferia, la Plaza de Toros, la Seo ou San Salvador, la Capilla Mayor, etc. Déjeuner, dîner et coucher à l'hôtel de l'Europe.

*Vendredi 1er mai.*

**Itinéraire.** — *Matin.* — Départ de Saragosse (7 h.), déjeuner en cours de route.

*Soir.* — Arrivée à Barcelone (5 h. 24), dîner au Grand Hôtel, séjour.

*Samedi 2 mai.*

**Itinéraire.** — *Matin.* — Barcelone, ancienne capitale de la Catalogne, la ville la plus animée et la plus industrielle d'Espagne, comptant actuellement 702.000 habitants.

Visite de la Cathédrale et son cloître, Sainte-Marie de la Mer, le Palais de la Députation (audiencia), la Casa Consistorial, palais des rois d'Aragon, la Bourse, la Douane, la Plaza de Toros, le Port, la Promenade de la Rambla, place Royale, Calle Fernando, Musée, San Juan et le joli village de Gracia.

*Soir.* — Départ de Barcelone (6 h. 31).

Arrivée à Cerbère (10 h. 34) — visite de la douane — départ à 11 h. 11.

*Dimanche 3 mai.*

**Itinéraire.** — *Matin.* — Narbonne (minuit 58 — 1 h. 26), Cette (2 h. 33 — 3 h.), Nîmes (4 h. 22 — 4 h. 37). Tarascon (5 h. 6 — 5 h. 23) déjeuner au buffet de Mâcon.

*Soir.* — Arrivée à Paris (gare de Lyon) à 6 h. 21.

---

## ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

*Congrès d'Angers* (4 au 12 août 1903).

*Questions proposées.*

Hygiène prophylactique de la carie dentaire.

Malpositions dentaires. Prothèse médiate restauratrice.

Anesthésie locale et anesthésie générale.

Traitement des 3e et 4e degrés.

Couronnes et travaux à pont.

Adresser les adhésions et les demandes de renseignements à M. L. Delair, président de la XXe section, 68, boulevard Rochechouart, Paris, ou à M. le secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, Hôtel des Sociétés savantes, 10, rue Danton, à Paris.

30-V-03 N° 6

La Revue Internationale
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

# FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




## SESSION D'AVRIL 1903

*Réunion du bureau du 17 avril 1903.*

Présidence de M. Viau, vice-président.

Séance ouverte à 5 heures 3/4, à l'Ecole Odontotechnique.

Présents : MM. Astié, Blatter, Brodhurst, Delair, Hivert, Papot, Roy, Rozenbaum, Siffre, Stévenin.

*M. Blatter* lit le procès-verbal de la séance du bureau du 23 mars 1903, qui est adopté.

*M. Stévenin* fait connaître que le vœu du Syndicat des chirurgiens-dentistes qui figure à l'ordre du jour de l'assemblée du lendemain a pour but de demander la suppression des opérateurs non diplômés.

*M. Siffre* propose l'ajournement de la question de l'enseignement médical à une autre session comptant plus de représentants des Sociétés.

*M. Delair* voudrait que la réunion de la F. D. N. à Angers n'étouffât pas le Congrès d'odontologie.

*M. Stévenin* estime que la réunion de Paris attirant le plus de monde, c'est là que doivent être discutées les questions de politique professionnelle.

*M. Siffre* insiste pour l'ajournement en raison du petit nombre de membres présents par suite de la proximité de la session de la F. D. I.

*M. Stévenin* propose de ne discuter la question de l'enseignement médical que si la moitié des sociétés adhérentes est représentée.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

*M. Stévenin* propose de lire les rapports à l'assemblée générale et d'en ajourner la discussion à une autre session.

*M. Viau* est d'avis de laisser cette décision à l'assemblée générale.

Après observations de *MM. Hivert* et *Siffre*, il est décidé que le rapport de ce dernier sera lu à l'assemblée générale, mais le bureau demandera d'en ajourner la discussion.

La séance est levée à 6 heures 1/2.

*Le secrétaire adjoint,*
A. Blatter.

*Supplément.*

*Assemblée générale du 18 avril 1903.*

Présidences successives de MM. Viau et Siffre, vice-présidents.

La séance est ouverte à 3 heures 1/2 à l'Ecole Odontotechnique.

*Ordre du jour.*

Rapport du secrétaire général ...................... M. Blatter.
Rapport du trésorier ............................... M. Stévenin.
Enseignement médical ............................... M. Siffre.
Enseignement technique ............................. M. Roy.
Hygiène dentaire ................................... Héïdé.
Vœux du Syndicat des chirurgiens-dentistes.
Vœux et propositions des sociétés.

*M. Viau* prononce l'allocution suivante:

Mes chers confrères,

Nous ouvrons aujourd'hui la 4e session de la Fédération dentaire nationale et notre premier devoir est de souhaiter la bienvenue aux délégués qui ont bien voulu s'y rendre et de remercier les sociétés qui les ont choisis, ainsi que ces délégués eux-mêmes.

Je ne dois, pour ma part, de présider cette session en ma qualité de vice-président qu'à l'absence de notre président, M. Godon, que l'état de sa santé a contraint de prendre quelques jours de repos avant de participer aux réunions de Madrid. Notre secrétaire général, M. Sauvez, s'est trouvé de même dans l'obligation de nous priver de sa collaboration pour aller organiser sur place l'importante session de la Fédération internationale. Je suis sûr que vous vous joindrez à moi pour former des vœux pour le rétablissement de la santé de notre ami Godon, pour exprimer les regrets que nous cause son absence, ainsi que celle de M. Sauvez, et pour souhaiter que la session à laquelle ils vont prendre part ait le même succès que ses devancières.

Cette session de Madrid a, comme vous le savez, un ordre du jour très chargé: réglement de la question du Congrès de Saint-Louis, adoption d'une nomenclature et d'une sténographie dentaires internationales, création d'une *Revue analytique internationale*, enseignement technique de l'étudiant en dentisterie, étude des rapports sur l'hygiène dentaire publique, pour ne citer que les points principaux. La Fédération dentaire nationale française, qui est, au même titre que les autres Fédérations nationales, un des éléments constitutifs de la Fédération internationale, ne pouvait se désintéresser de cette réunion et elle y envoie environ une douzaine de délégués pour l'y représenter et en suivre les travaux. Ces travaux seront en somme

la suite de l'œuvre commencée à Londres-Cambridge en 1901 et continuée à Stockholm en 1902, au point de vue des intérêts généraux de la profession, de l'enseignement des jeunes générations de chirurgiens-dentistes et de l'hygiène dentaire publique. D'ailleurs MM. Martinier et Roy vont nous renseigner plus exactement sur les questions qui seront traitées en matière d'enseignement et M. Héïdé va nous indiquer sommairement les préoccupations de la Commission internationale d'hygiène, en attendant que la délégation française que nous envoyons aille représenter et défendre à Madrid les idées qui nous sont chères.

De notre côté, mes chers confrères, la session de notre Fédération dentaire nationale, sans parler des trois journées de démonstrations pratiques, qui sont certainement un stimulant pour beaucoup d'entre nous, se trouve en présence d'un programme qui sollicite toute notre attention par la nature des questions qu'il contient. L'enseignement médical et l'enseignement technique de l'étudiant en dentisterie, qui doivent faire l'objet de rapports respectifs de la part de MM. Siffre et Roy, sont des matières fondamentales pour l'avenir de la profession, et la compétence des rapporteurs nous est un sûr garant qu'elles seront traitées avec l'ampleur et le soin qu'elles méritent. Ces rapports devront donner lieu à une discussion susceptible de se terminer par une formule concrète précisant nettement votre pensée et vos désirs.

Le problème délicat de l'hygiène dentaire publique, posé déjà dans la plupart des nations civilisées et demeuré encore, hélas ! sans solution satisfaisante, aura également une part dans vos délibérations. Là nous ne ferons plus œuvre d'éducateurs, mais de philanthropes ; c'est assez dire que nous pouvons être assuré de l'intérêt que vous apporterez dans nos débats.

Il dépend de vous, mes chers confrères, que cette session de la Fédération dentaire nationale française, venant après celles d'Ajaccio, de Paris et de Montauban, présente, par le caractère des discussions qui vont s'ouvrir, l'importance que doivent offrir des réunions de cette nature, qui personnifient l'ensemble de la profession sur notre territoire. Laissez de côté toute préoccupation individuelle pour ne voir que le côté utilitaire général de notre collaboration. Il faut souhaiter que les délégués des sociétés dentaires françaises travaillant en commun aient souci qu'ils représentent la profession dans un pays qui fut le berceau de l'art dentaire et soient pénétrés de la dignité de cette mission.

N'oubliez point que c'est par le groupement, par la cohésion de toutes les forces éparses qu'une corporation peut seulement trouver le moyen de faire entendre sa voix des pouvoirs publics. La vieille devise « *l'union fait la force* » est un axiome dont nous ne saurions

négliger la portée. Isolés, nous ne pouvons rien ; unis nous pouvons beaucoup, parce que nous sommes le nombre. Ce besoin des sociétés professionnelles et des fédérations s'est toujours fait sentir, mais s'est manifesté surtout depuis notre émancipation sociale. Seules, les corporations qui l'ont compris ont pu acquérir la vigueur et la vitalité sans laquelle il ne peut rien être entrepris de durable. Nous avons suivi assez tard l'exemple que nous avaient donné d'autres professions. Notre fédération est jeune, elle a l'avenir devant elle; mais c'est par sa sagesse qu'elle fera œuvre utile. Souhaitons donc, mes chers confrères, que la 4e session de la Fédération dentaire nationale française soit profitable à tous et prélude dignement à l'ouverture de la Fédération internationale à laquelle elle est affiliée.

*M. Blatter* donne lecture d'une lettre d'excuses de M. Armand, président de l'A. O. B.

Il est procédé à la vérification des pouvoirs des délégués et constaté que la Société de l'école et du dispensaire dentaires de Paris est représenté par MM. Papot et Viau.

La Société d'Odontologie de Paris, l'est par MM. Blatter, Friteau, Loup.

L'Association générale des dentistes de France, l'est par MM. Papot, Roy.

L'Ecole Odontotechnique l'est par M. Siffre.

L'Association Odontotechnique l'est par M. Astié.

La Société Odontologique l'est par MM. Hivert et Siffre.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France est représenté par M. Stévenin.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés l'est par M. Rozenbaum.

L'Association des dentistes du Centre est représentée par MM. Brodhurst, Delair.

*M. Stévenin* regrette l'abstention des sociétés de province, d'autant plus qu'elles ont la faculté de se faire représenter par un membre parisien.

*M. Loup* propose un ordre du jour de regret et de blâme, l'ajournement de l'assemblée générale et sa fixation au soir et non à l'après-midi.

*M. Blatter* estime qu'il n'est pas possible de prononcer cet ajournement à cause de la session de la F. D. I. de Madrid.

*M. Friteau* fait remarquer que des rapporteurs sont absents, qu'il n'est pas possible dès lors de discuter leurs rapports et demande un ordre du jour de blâme à leur égard.

*M. Brodhurst* demande la lecture des rapports sans discussion.

*M. Roy* juge nécessaire que des résolutions soient présentées à Madrid au nom de la Fédération et point au nom des membres. D'ailleurs les neuf sociétés représentées comptent environ trois cents dentistes. Ceux-ci ayant de véritables devoirs civiques professionnels à remplir, il est d'avis d'adresser un ordre du jour aux sociétés non représentées.

*M. Stévenin* trouve fâcheux de discuter des questions en l'absence des rapporteurs et sans avoir lu les rapports auparavant.

*M Blatter* donne lecture de son rapport de secrétaire adjoint.

## RAPPORT DE M. BLATTER

Secrétaire adjoint.

Mes chers confrères,

C'est par suite de circonstances tout à fait exceptionnelles que j'ai été amené à remplacer le très sympathique Dr Sauvez, secrétaire général de la Fédération dentaire nationale, et à vous présenter le rapport de la Fédération.

Le Dr Sauvez, vous le savez, s'acquitte à merveille de ses fonctions.

Je dirai qu'il s'en acquitte trop bien, puisqu'on le surcharge ! En ce moment ses impitoyables confrères l'ont envoyé à Madrid préparer et organiser simultanément la Section d'Odontologie du Congrès des sciences médicales et la réunion de la Fédération dentaire internationale, qui se réunissent dans la même ville, à la même époque.

Comme le secrétaire général n'a pas encore don d'ubiquité et qu'il ne peut être à la fois à Paris et à Madrid, il a dû demander au bureau de lui choisir un auxiliaire, une doublure.

Le bureau de la Fédération dentaire nationale a désigné le secrétaire adjoint. Je n'ai pas cru devoir me dérober à la tâche qui m'incombait ainsi et, très sensible au témoignage de confiance que les membres du bureau ont bien voulu m'accorder, je les prie de croire que j'en apprécie très hautement l'honneur.

Mais je n'ignore pas que cette confiance, que cette précieuse sympathie de mes collègues me créent, en retour, de délicates obligations.

Remplaçant téméraire, puissè-je ne pas vous faire regretter trop vivement votre rapporteur habituel.

Si je ne vous satisfais pas, j'ose espérer du moins que vous tiendrez compte de mes efforts et de ma bonne volonté.

Mes chers confrères, il en est des fédérations, des goupements, des sociétés comme des enfants : leurs débuts dans la vie ne laissent pas que d'inquiéter, et pour les uns et pour les autres, il y a toute une période critique qui, une fois close, permet les vastes espérances. Or, notre Fédération nationale prend de l'âge et semble en bonne voie de prospérité.

Sans doute, son bulletin de naissance n'est pas bien vieux, mais entre cette date officielle et la date effective il y a un léger écart. En

réalité ne sommes-nous pas de 1896 et ne pouvons-nous pas compter nos jours du premier Congrès dentaire national tenu alors à Bordeaux sur l'initiative de Paul Dubois d'accord avec Godon ?

Je rappellerai même que la première ébauche de la fédération date de 1889, c'est-à-dire de l'époque où Dubois et Godon tentèrent un premier groupement des sociétés dentaires françaises en vue du premier Congrès international.

Ces heureux essais furent repris à l'occasion du Congrès international de Chicago en 1893.

Au Congrès national de Bordeaux succèdent celui de Nancy, de Paris et de Lyon.

Le Congrès international de 1900 donne à l'œuvre une consistance définitive. Les sociétés dentaires françaises, prenant modèle sur les groupements qui existaient déjà aux Etats-Unis, se réunirent pour constituer une commission d'organisation. Cette commission, réunie le 19 février 1901, élabora les statuts et les règlements qui nous régissent. La plupart des sociétés dentaires régionales qui n'avaient pas encore adhéré s'empressèrent alors de venir à nous.

Après deux séances, celle du 31 mai et celle du 25 juin, la Fédération dentaire nationale fut officiellement déclarée.

Le bureau fut élu le 25 juin 1901 et la première session eut lieu le 10 septembre de la même année à Ajaccio. En mai 1902, à Paris, et en août à Montauban eurent lieu les deux sessions suivantes.

Les deux sessions de Paris et de Montauban ont eu des ordres du jour fort chargés, complexes et au plus haut degré intéressants. Chaque rapport, chaque question, chaque proposition, tout a été étudié, discuté, passé au crible des délibérations. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur les comptes rendus de ces divers travaux parus dans les bulletins de la Fédération.

Comme je soupçonne que nombre de nos confrères n'ont pas poussé l'enthousiasme jusqu'à les entr'ouvrir, on voudra bien me permettre de rappeler tout au moins les titres et les sujets des rapports ainsi que le nom de leurs auteurs :

*Session de Paris, mai 1902.*

1° Rapport au nom de la Commission d'enseignement sur les vœux émis par la Fédération à sa réunion d'Ajaccio, par M. Martinier ;

2° Rapport sur les questions mises à l'ordre du jour de la Session de Stockholm de la F. D. I. par M. le Dr Roy ;

3° Rapport, au nom de la Commission d'enseignement, sur la fédération des écoles dentaires françaises, par M. le Dr Pont ;

4° Rapport, au nom de la Commission d'enseignement, sur les questions soumises à la F. D. I., par M. le Dr Siffre ;

5° Rapport, au nom de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, sur la création de services dentaires dans les écoles et dispensaires, par M. Ducournau ;

6° Rapport, au nom de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, sur le service militaire des dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire, par M. L. Lemerle.

7° Vœux déposés par l'Association Odontologique de Bordeaux ;

8° Vœux déposés par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ;

9° Assemblée générale. Séance du 24 mai ;

10° Assemblée générale. Séance du 25 mai ;

11° Séance de démonstrations pratiques du 25 mai.

*Session de Montauban, août* 1902.

1° Discussion du rapport de M. le Dr Siffre ;

2° Rapport sur les vœux de l'A. O. B. au nom de la Commission d'enseignement, par M. Papot ;

3° L'éducation artistique et manuelle préliminaire du chirurgien-dentiste, par le Dr Ch. Godon ;

4° Rapport sur le vœu de l'A. O. B. : « Le service militaire et les dentistes » présenté au nom de la Commission d'hygiène et des Services dentaire publics, par M. Léon Delair ;

5° De la 4e année d'études de chirurgie dentaire, par M. F. Ducournau ;

6° Proposition présentée par M. Godon à la Fédération dentaire nationale et à la Section d'Odontologie de l'A. F. S. à Mautauban.

A la suite de ce coup d'œil rétrospectif sur les travaux de la Session de Paris et de Mautauban, nous tenons à constater que la marche de la Fédération nationale est ascendante, que le nombre des sociétés s'est accru.

Voici la liste des adhérents qui, je pense, vous édifiera suffisamment.

## Adhérents.

*Groupes professionnels, écoles, société et journa x.*

### Paris.

1° Groupement professionnel de l'École dentaire de P is, 45, rue de La Tour-d'Auvergne :

- 1° Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ;
- 2° Société d'Odontologie de Paris ;
- 3° Association générale des dentistes de France ;
- 4° Journal *L'Odontologie*.

2° Groupement professionnel de l'École Odontotechnique, 5, rue Garancière :

1° Association de l'École Odontotechnique ;
2° Société Odontologique de France ;
3° Chambre syndicale de l'art dentaire ;
4° Journal *Revue Odontologique.*

3° Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, 1, rue du Quatre-Septembre :

1° Syndicat ;
2° Journal *Bulletin du Syndicat.*

4° Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis, 5, rue Garancière.

## Province.

1° Association des dentistes du Rhône et de la région, 2, rue Saint-Joseph, Lyon ;

2° Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Lyon, 20, quai de la Guillottière, Lyon :

1° Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Lyon ;
2° Société d'Odontologie de Lyon.

3° Groupement professionnel de l'École dentaire de Bordeaux, 226, rue Sainte-Catherine ;

1° Ecole et Clinique dentaire de Bordeaux ;
2° Journal *Archives de Stomatologie et d'art dentaire.*

4° Société des dentistes du Sud-Ouest, 10, place Fondandège, Bordeaux ;

5° Société des dentistes du Midi, 55, rue Alsace-Lorraine, Toulouse ;

6° Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais, 9, rue Nationale, Lille ;

7° Association Odontologique de Bordeaux, 32, cours Tourny, Bordeaux ;

8° Association des dentistes du Centre, 23, rue de Remigny, Nevers (Delair) ;

9° Association des dentistes de l'Est, Dijon (M. Fléty).

Mais venons-en à l'exposé des raisons qui ont motivé la réunion actuelle de la Fédération nationale à Paris.

Elle a été décidée par le bureau dans le but de réunir les différents comités et délégués des sociétés françaises fédérées et de discuter avec eux certaines questions qui seront portées ultérieurement devant la Fédération internationale. Vos délégués, forts des décisions prises en commun, feront triompher vos projets en interprétant avec exactitude vos intentions.

Le bureau de la Fédération dentaire nationale a été sollicité par

les organisateurs du Congrès de Madrid de constituer un Comité national de patronage en vue de ce Congrès.

A la suite de cette proposition, le même bureau existant s'est érigé en Comité de propagande et a fait appel, en cette qualité, à toutes les sociétés dentaires de France sans distinctions de partis et d'opinions. Il a été plus loin, puisqu'il a proposé à ces sociétés d'admettre dans son sein, leurs délégués auxquels ils accorderaient une place prépondérante.

Quel était le désir du bureau en agissant de la sorte ? C'était de faire abstraction de toute considération étrangère aux résultats poursuivis, pour ne s'occuper que du Congrès de Madrid, et, par un libéralisme très louable, d'y garantir à la France une place honorable, un côté très brillant.

Mais l'entente n'a pu se faire entièrement, on a peut-être soupçonné les intentions ou interprété la manière d'agir, et deux sociétés, celle des dentistes des hôpitaux et celle de stomatologie, se sont retirées. Malgré cela, il nous est impossible d'admettre que nous ayons failli à notre devoir. Nous considérons, au contraire, que nous nous sommes acquittés loyalement et sincèrement de notre mission. D'ailleurs nous avons eu le plaisir de voir l'American Dentist Club of Paris nous envoyer son adhésion gracieuse et déléguer son président le Dr Da Silva, auquel une vice-présidence a été offerte. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Le comité suivant alors a été constitué :

Président : M. Godon.

Vice-présidents : MM. Viau, Siffre, Da Silva.

Secrétaire général : M. Sauvez.

Secrétaire adjoint : M. Blatter.

Archiviste : M. Papot.

Trésorier : M. Stévenin.

Ce comité a adressé par voie de la presse professionnelle un appel chaleureux à toutes les sociétés dentaires nationales et aux dentistes de France. Empressons-nous d'ajouter qu'il a été entendu et que nous avons reçu, en réponse, beaucoup d'adhésions et nombre de communications.

Nous nous en réjouissons et nous sommes ainsi assuré que la participation de la France au Congrès de Madrid sera à tous égards très honorable et très brillante.

Il est à souhaiter que tous ceux d'entre vous, chers confrères, qui pourront se rendre dans la capitale espagnole à l'ouverture de la session, se décident à ce voyage à la fois utile et agréable, afin d'aller servir là-bas nos intérêts professionnels et soutenir le renom de la science odontologique française.

Dès à présent les organisateurs comptent sur le concours promis

de trois cents dentistes français et étrangers, pour la Section d'Odontologie au Congrès des sciences médicales de Madrid.

Encore une fois, allez-y, allez-y.

Nous allons discuter, dans quelques instants, un rapport ayant trait à une question d'hygiène. Auparavant, je voudrais, par un aperçu très bref, attirer votre attention sur un point qui me semble offrir un gros intérêt professionnel : *les conférences populaires sur l'hygiène dentaire.*

On ne saurait trop répéter, à notre avis, qu'il y a avantage pour tout le monde à vulgariser les connaissances générales touchant les soins à donner à la bouche et aux dents.

Le public est très ignorant à cet égard, très mal renseigné et non-seulement les personnes qui appartiennent aux classes pauvres, mais aussi celles qui appartiennent aux classes aisées. Pour remédier à cet état de choses, il n'y a qu'un moyen : répandre les notions utiles. A cet effet il serait bon que la Fédération dentaire nationale provoquât, dirigeât, patronnât des conférences dans les lycées, les écoles, les casernes, les ateliers, partout où il sera possible de se faire entendre ; il serait bon qu'elle recommandât les brochures de vulgarisation bien çonçues et qu'elle en facilitât la diffusion.

Lorsque les Français, enfants adultes, seront éclairés au point de vue spécial et lorsqu'ils donneront aux soins de la bouche toute l'importance que leur donnent les Américains, par exemple, alors le nombre des dentistes pourra s'accroître chez nous et néanmoins ces derniers retireront de l'exercice de leur profession des bénéfices très appréciables.

Il serait désirable que la Fédération, pour encourager les bonnes volontés, créât un prix qui serait décerné à l'auteur de la meilleure conférence vulgarisatrice avec projections.

M. Röse, dans la séance du 19 août 1902 à la Fédération internationale tenue à Stockholm, a fait la proposition suivante au sujet des conférences d'hygiène dentaire et a offert de prêter aux conférenciers de tous les pays des clichés pour projections lumineuses :

« Un excellent moyen de développer l'hygiène dentaire consiste dans des conférences publiques sur l'hygiène dentaire faites par les chirurgiens-dentistes de tous les pays, dans toutes les villes, dan les réunions d'instituteurs. Dans ce but, le bureau central d'hygiène dentaire de Dresde a fait confectionner de très beaux clichés pour projections lumineuses. Le D^r Röse est disposé à prêter aux Fédérations nationales de tous les pays une série de ces clichés. »

La Commission engage les chirurgiens-dentistes de tous les pays à profiter largement de cette offre et à faire souvent des conférences accompagnées de projections aux instituteurs publics.

Les conférences auraient lieu dans toutes les régions et toutes les

villes de France sous les auspices de la Fédération dentaire nationale. Il suffirait, pour ménager toutes les susceptibilités et éviter toute plainte, toute calomnie, que nos confrères fissent les dites conférences en dehors de leur cercle personnel de travail, dans les départements et villes voisines.

Mais, je passe; malgré votre indulgence, je pourrais vous lasser et il importe d'aborder sans plus de retard, les sujets que notre bureau a mis à l'ordre du jour.

1° Le bureau vous propose une modification ou plutôt une adjonction à l'article IX des statuts ; il émet le vœu que la session officielle de l'assemblée générale de la Fédération dentaire nationale coïncide avec le Congrès de l'A.F.A.S. qui se tient chaque année dans une ville de France ;

2° Que dans cette assemblée il soit procédé à la nomination du nouveau bureau ;

3° Que son président soit renouvelé tous les ans ; cette dernière proposition émane de notre distingué président, M. Godon.

Cette année la session aurait lieu à Angers, au mois d'août.

Viennent ensuite :

1° Le rapport sur l'enseignement médical, par M. Siffre ;

2° Le rapport sur l'enseignement technique. par M. Roy ;

3° Le rapport sur l'hygiène dentaire, par M. Heïdé ;

4° Vœux du Syndicat des chirurgiens-dentistes ;

5° Vœux et propositions diverses émis par les sociétés.

Abordons l'examen des divers sujets qui vont nous être présentés. Le travail ne nous manque pas.

Quant à moi, il ne me reste qu'un devoir à remplir : vous inviter à accourir nombreux, le plus nombreux possible à la Session d'Angers. Sur ce dernier point dois-je insister beaucoup ? Je ne le pense pas ; le déplacement n'est pas énorme et l'intérêt que vous portez à la Fédération rend inutiles les appels vibrants et les enthousiasmes factices. Il suffit de vous dire : le travail est là, le devoir est là, le bien de tous est là, pour que vous accouriez, guidés par l'intérêt sans doute, mais plus encore par un dévouement véritable et par le besoin de parfaire votre œuvre.

Puisque cette œuvre prospère et grandit encore, redoublez d'efforts. « Travail et concorde », telles doivent être votre devise et votre règle.

D'une entente immuable et d'une contribution active dépend le plein succès de la Fédération. Songez que le plus difficile est désormais accompli et que, si vous persistez, si vous redoublez d'énergie et de générosité dès à présent, vous retirerez de votre association de larges profits personnels et qu'en même temps vous assurerez, pour l'avenir, à ceux qui embrasseront votre profession, un enseignement

supérieur et des avantages moraux très appréciables qui vous mériteront, à leurs yeux, le titre de bienfaiteurs.

*
* *

Nous ne saurions terminer ce rapport sans adresser des remercîments aux confrères qui ont bien voulu, pendant les trois séances de démonstrations pratiques des 16, 17 et 18 avril, nous montrer le résultat de leur expérience et de leurs recherches, ainsi que les perfectionnements et les progrès apportés par eux aux modes opératoires et à l'outillage qui nous est indispensable.

*M. Siffre* félicite et remercie M. Blatter de son rapport.

*M. Blatter* relit le passage de son rapport relatif à la fixation de la session de l'A. F. A. S. comme session officielle de la F. D. N.

*M. Stévenin* pense que c'est toujours Paris qui attirera le plus de monde et qu'il vaut mieux laisser la session officielle ordinaire à Paris.

*M. Brodhurst* croit utile de tenir compte de l'esprit de province et pense que les provinciaux seront flattés que cette session ait lieu dans les départements.

*M. Stévenin* n'est pas opposé à une session en province, mais souhaite que ce ne soit pas la principale.

*M. Friteau.* — Les dentistes de province peuvent nous voir avec déplaisir être toujours à la tête du mouvement dentaire ; il faut donc leur donner une satisfaction en décidant que la session principale de la F. D. N. aura lieu dans les départements.

*M. Blatter* est d'avis de faire cette concession.

*M. Siffre* pense que les Parisiens ne doivent pas toujours avoir la présidence et que celle-ci doit aussi appartenir aux provinciaux. On peut avoir en province une session annuelle, mais il en faut une à Paris.

*M. Friteau.* — Il s'agit, non pas de la présidence en ce moment, mais de savoir si la grande réunion annuelle sera tenue en province ou à Paris.

*M. Roy.* — Il faut décentraliser le mouvement dentaire et l'on peut très bien avoir une session parfaitement organisée en province. Habituons nos confrères de province à discuter davantage leurs intérêts. Voyez ce qui se passe en Angleterre. La B. D. A. se réunit toutoujours en province. Je suis d'avis d'approuver la proposition du bureau.

*M. Papot.* — Je suis partisan de la session principale en province. A Ajaccio et à Montauban nos réunions ont eu plus de succès qu'à Paris. Il y a d'ailleurs des réductions de prix pour se rendre à ces sessions de province, tandis qu'il n'y en a point pour venir ici. Attachons donc notre sort à la fortune de l'A. F. A. S.

*M. Siffre.* — Il a été entendu jusqu'à présent que l'existence de la F. D. N. pour ses réunions des départements était liée à celle de

l'A. F. A. S. soit; mais je ne suis pas d'avis que la session principale se tienne dans la ville où se réunit l'A. F. A. S., parce que le centre réel est Paris, où nous comptons 350 dentistes, deux écoles et des sociétés. Tenons notre assemblée ordinaire à Paris, notre assemblée générale extraordinaire en province et nommons le président dans cette dernière.

Il est décidé à l'unanimité que l'assemblée générale ordinaire de la F. D. N. coïncidera avec le Congrès de l'A. F. A. S. qui se tient chaque année dans une ville de France. (Adjonction à l'art. 5 du règlement.)

Il est décidé également qu'il sera procédé à la nomination du bureau dans cette assemblée générale ordinaire. (Adjonction à l'art. 9 du règlement.)

Il est décidé enfin que le président sera renouvelé tous les ans. (Adjonction à l'art. 9 du règlement.)

*M. Papot* demande que le bureau soit chargé de préparer une modification à l'art. 9 du règlement en prévoyant un bureau régional, indépendamment du bureau central. Les lieux de réunion de l'A. F. A. S sont connus un an à l'avance ; on peut donc faire entrer dans le bureau régional des dentistes de la région ; de cette façon on donnera satisfaction aux dentistes de province en général à ceux de la région choisie en particulier.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Le rapport de *M. Blatter* est mis aux voix et adopté.

*M. Stévenin* donne lecture de son rapport de trésorier, qui est mis aux voix et adopté.

## RAPPORT DE M. STÉVENIN,

### Trésorier.

Messieurs,

Les dépenses de la Fédération nationale pendant l'exercice 1902-1903, se sont élevées à 556 fr. 95 et se répartissent ainsi :

| | |
|---|---|
| Impression de la brochure de la Session de Paris... | 185.35 |
| Impression de la brochure de Montauban......... | 147.85 |
| Rémunération des employés..................... | 121.20 |
| Affranchissements ........................... | 17.45 |
| Imprimés, fournitures de bureau, divers .......... | 85.10 |
| | 556.95 |
| Nous avions, en outre, à régler les dépenses du précédent exercice, soit : | 670.35 |
| Au total.................... | 1.227.30 |

Pour couvrir ces dépenses, vous aviez, pour l'exercice 1901, attribué à chacune des sociétés adhérentes une part proportionnelle au nombre de ses délégués et réclamé en même temps, à toutes les so-

ciétés, une somme de 10 fr. par délégué pour l'exercice 1902, ce qui devait faire un total de 1.300 fr., somme permettant d'acquitter toutes les dépenses et laissant même un excédant.

Je n'ai pu encore recouvrer que 1.176 fr. 80, ce qui laisse la caisse en déficit de 50 fr. 50.

| | |
|---|---|
| Dépenses................. | 1.227.30 |
| Recettes................. | 1.176.80 |

Mais j'ai l'assurance des sociétés retardataires qu'elles verseront très prochainement les sommes dues.

Je vous propose, Messieurs :

1° D'approuver les comptes que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter;

2° De décider que chaque société versera à nouveau, pour l'exercice 1903-1904, autant de fois 10 fr. qu'elle a nommé de délégués.

Il est décidé que chaque société fédérée versera, pour l'exercice 1903-1904, 10 francs par délégué.

La création par le bureau du poste d'archiviste est ratifiée ; en conséquence M. Papot est nommé secrétaire-archiviste.

*M. Stévenin* demande que les sociétés fédérées versent 10 frs par vingt membres ou par fraction de vingt membres.

*M. Papot* fait observer que cela est prévu par l'article 4 du règlement.

*M. Friteau* est d'avis d'imposer un délégué par vingt membres.

*M. Stévenin* ajoute qu'on ignore malheureusement le nombre des membres de chaque société.

*M. Roy* répond qu'il suffit de rappeler le règlement aux sociétés.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport de M. Siffre sur l'enseignement médical.

*M. Siffre.* — Mon rapport tend uniquement à nommer une Commission spéciale pour étudier cette question à fond; je demande donc qu'il ne soit pas discuté.

*M. Stévenin* appuie cette proposition.

*M. Friteau* est d'avis qu'il vaut mieux que la question soit examinée par une commission.

*M. Hivert* demande que le rapport soit lu et publié, mais ne soit pas discuté pour le moment.

*M. Siffre* donne lecture de ce document.

*M. Roy.* — M. Siffre paraît dire que les étudiants ne sont pas obligés de suivre certains cours.

*M. Siffre* reconnaît qu'il n'a peut-être pas suffisamment précisé ; il a parlé en général et non des élèves des écoles rattachées à la Fédération.

*M. Roy* fait remarquer qu'à l'École dentaire de Paris les élèves sont obligés de suivre les cours,

*M. Siffre.* — Nous avons peut-être les éléments de notre solution dans le décret que je cite.

*M. Stévenin.* — Ces observations prouvent précisément qu'on a tort de discuter un document sans le connaître.

*M. Papot* précise la question que M. Siffre avait à traiter en rappelant un passage du compte rendu de la session de Montauban. (Séance du 7 août 1902.)

*M. Siffre* relit les conclusions de son rapport, qui sont ainsi conçues : « La F. D. N., réunie en assemblée générale le 18 avril 1903 à l'École Odontotechnique, sur la proposition du Dr Siffre, crée une Commission spéciale pour l'étude de l'enseignement médical à donner aux élèves chirurgiens-dentistes. Cette commission sera composée de deux membres désignés par chacune des écoles dentaires faisant partie de la F. D. N. et d'un membre désigné par la Commission d'enseignement de la F. D. N. »

Ces conclusions sont adoptées.

*(A suivre.)*

---

## COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui va suivre de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

**Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.**

15-VI-03 N° 7

La Revue Internationale
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




### SESSION D'AVRIL 1903 (*suite*).

*M. Roy* donne lecture de son rapport sur l'enseignement technique.

## L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE DE L'ÉTUDIANT EN DENTISTERIE

Par le Dr MAURICE ROY (de Paris).

Sous le nom d'enseignement technique il convient d'entendre toutes les branches de l'enseignement dentaire qui concernent l'étude des dents, de leur structure, de leurs maladies et leur traitement par la dentisterie opératoire et la prothèse. A cet enseignement se rattachent aussi l'étude de l'anesthésie et celle de la pathologie buccale, qui forment comme une zone intermédiaire entre l'enseignement technique et l'enseignement scientifique et médical.

Quelle place l'enseignement technique doit-il tenir dans l'ensemble de l'enseignement dentaire ?

Les avis sont très partagés sur cette question. Certains considèrent l'enseignement technique uniquement comme un *enseignement complémentaire* d'un enseignement général commun à tous ceux qui font œuvre thérapeutique ; aussi ne veulent-ils lui voir occuper qu'une place relativement restreinte après des études médicales générales. D'autres, au contraire, le considèrent comme la partie primordiale, de beaucoup la plus importante, de l'enseignement dentaire et ils pensent qu'il doit occuper une place prédominante dans celui-ci ; pour eux, c'est l'enseignement scientifique et médical, au contraire, qui joue le rôle *d'enseignement complémentaire*, bien que, par suite des nécessités pédagogiques, celui-ci soit donné concurremment avec l'enseignement technique.

Il ne paraît pas possible de discuter ici ces deux théories opposées,

elles ont eu toutes deux des défenseurs au sein de cette Commission dans les différents rapports présentés dans les discussions qui ont eu lieu aux deux sessions précédentes. Nous avons toujours défendu, pour notre part la prédominance de l'enseignement technique ce que nous considérons comme indispensable dans l'enseignement dentaire, en raison du rôle considérable joué dans notre art par l'habileté manuelle qui est particulièrement longue et délicate à acquérir et pour laquelle il faut un entraînement prolongé de l'œil et de la main.

C'est dire que nous considérons la question portée à l'ordre du jour comme une des plus importantes questions à élucider au point de vue de l'enseignement.

### 1° Enseignement technique préalable à l'entrée à l'École dentaire.

Dès le début de cette étude sur l'enseignement technique se pose une première question qui, bien qu'en apparence un peu secondaire, n'en a pas moins une grande importance, c'est celle qui concerne l'enseignement manuel avant l'entrée dans les écoles dentaires. C'est là un point fréquemment agité et qui le fut l'année dernière à Stockholm. La Commission n'a pu se mettre d'accord à ce sujet l'an dernier et elle a remis à cette année la solution de cette question ; il nous faut donc la trancher cette fois, d'autant plus qu'elle se rattache directement à la question portée à l'ordre du jour.

Dans la plupart des pays, aucune obligation de capacités manuelles n'est exigée des élèves avant leur entrée à l'école dentaire. En Angleterre il n'en est pas de même : il est nécessaire, avant de prendre ses inscriptions dans une école dentaire, d'avoir fait un apprentissage de trois ans chez un dentiste enregistré ou bien sous la direction du chef de laboratoire de prothèse d'une école où l'enseignement de la mécanique dentaire est organisé conformément à l'avis du *Board of Examiners in Dental Surgery*. La durée de cet apprentissage est réduite à deux ans pour les gradués en chirurgie générale.

Un enseignement préliminaire semblable est-il nécessaire et est-il souhaitable de voir se généraliser ce qui se passe en Angleterre ? Telle est la première question à résoudre en ce qui concerne l'enseignement technique.

De l'accord unanime, ainsi que cela résulte du vote émis l'année dernière au sujet de la première question posée, il est nécessaire que l'enseignement de l'école dentaire soit précédé d'études de culture générale suffisamment élevées pour avoir préparé l'esprit de l'étudiant à tirer profit de l'enseignement spécial qu'il va recevoir ; il semble donc par conséquent absolument rationnel, en raison du caractère manuel incontestable de notre profession, que l'on joigne à cet apprentissage, à cette gymnastique intellectuelle préalable du

cerveau, un apprentissage, une gymnastique préalable de la main.

L'enseignement manuel préalable à l'entrée à l'école nous paraît donc une chose absolument nécessaire et dont l'excellence est journellement démontrée dans la pratique, où ilest facile de constater que tous ceux qui, avant l'entrée à l'école dentaire, ont acquis des connaissances manuelles arrivent bien plus rapidement et dans de bien meilleures conditions à faire de bons opérateurs. Ainsi que le disait très justement notre excellent collègue M. Cunningham, un bon mécanicien-dentiste est sûr de faire un bon opérateur lorsqu'il va suivre ensuite les cours de l'Ecole dentaire. M. Lloyd Williams dans une communication au Congrès de 1900 insistait également sur ce point [1].

Les avantages d'une éducation manuelle préalable démontrés, reste à établir de quelle nature doit être cette éducation.

L'enseignement de la prothèse tel qu'il est prescrit en Angleterre présente incontestablement des avantages en raison de la place considérable que la prothèse occupe parmi les connaissances indispensables à l'exercice de l'art dentaire. Cette branche est assez importante à connaître, sa technique assez longue à apprendre pour que trois années uniquement consacrées à son étude ne soient pas un temps superflu [2].

Cependant il nous paraît mauvais de pratiquer cet enseignement sous la forme de l'apprentissage chez un praticien, c'est là un mode d'enseignement défectueux, car s'il présente quelques avantages par un enseignement individuel, il présente l'immense inconvénient de n'être pas méthodique et gradué comme doit l'être un enseignement rationnel et de n'offrir aucune garantie au point de vue des capacités manuelles spéciales et pédagogiques de la part du praticien chosi par l'élève, ainsi que le signalait très justement notre excellent président M. Brophy au Congrès de Paris en 1901 [3].

Cet enseignement manuel préliminaire doit donc être donné au laboratoire d'une école dentaire avec un programme soigneusement établi. Il serait même bon qu'un tel enseignement préliminaire ne fût pas strictement prothétique, mais bien plutôt un véritable *enseignement manuel préliminaire* analogue à celui dont le programme a été fort bien établi par M. Cunningham [4].

Néanmoins, malgré les considérations que nous venons de déve-

---

1. Lloyd Williams, *The teaching of Dental mechanics in Dental schools.* 3e *Congrès dentaire international*, tome III, p. 143.

2. Maurice Roy, *L'enseignement de l'art dentaire dans les différents pays.* Rapport au *Congrès dentaire international de* 1900, tome III, p. 228.

3. 3e *Congrès dentaire international.* Paris, 1900, tome III, p. 151.

4. Cunningham, *Program of Institute of dental technology and school of mechanics dentistry.* — Maurice Roy, *loc. cit.*, p. 200.

lopper, il ne faut pas se dissimuler que l'établissement d'une semblable exigence avant l'entrée à l'école dentaire présentera peut-être, pendant longtemps encore, d'assez grande difficulté dans les différents pays. Il existe toutefois un moyen détourné de mettre en pratique cet enseignement manuel préliminaire grâce à l'augmentation du temps d'études décidée ces dernières années et qui vient d'être mise en pratique notamment en France et aux Etats-Unis d'Amérique ; il suffit de faire rentrer, en attendant mieux, cet enseignement manuel préliminaire dans la première année d'études, qui deviendrait ainsi pour les différentes branches de l'enseignement technique une véritable année préparatoire, ainsi que nous allons le voir au sujet de l'enseignement technique proprement dit.

### 2° Enseignement technique proprement dit.

L'enseignement technique défini ainsi que nous l'avons fait au début de cet exposé se divise tout naturellement en deux parties : *l'enseignement technique théorique* et *l'enseignement technique pratique.*

Il semblerait, à raisonner superficiellement des choses, que ces deux enseignements dussent être répartis d'une façon très distincte : l'enseignement théorique d'abord, l'enseignement pratique ensuite, celui-ci ayant pour but de montrer l'application pratique des données théoriques enseignées. Mais ce n'est là qu'une partie très limitée de l'enseignement pratique, qui a pour but principal, en outre du but précité, de faire acquérir à l'élève l'habileté manuelle indispensable pour le traitement des différentes affections des dents et de la bouche et pour les multiples applications de la prothèse. De ce double but de l'enseignement pratique résulte donc, dans l'enseignement technique lui-même, une prédominance marquée, du moins comme temps consacré, de l'enseignement pratique sur l'enseignement théorique.

Cet enseignement théorique doit avoir particulièrement pour but de diriger l'éducation pratique et de lui donner une base scientifique et rationnelle par l'étude complète de l'anatomie, de la pathologie, de la thérapeutique, etc., etc. des organes dont l'élève aura à traiter les affections et à réparer les pertes de substances.

Il résulte par conséquent, de la nature particulière de notre art, l'obligation de poursuivre parallèlement les deux ordres d'enseignement théorique et pratique.

#### *a) Enseignement technique préparatoire.*

Néanmoins, il nous faut tenir compte de la nécessité où nous nous trouvons de faire précéder les exercices pratiques de certaines connaissances théoriques indispensables. Il est inadmissible en effet de faire pratiquer des obturations à un étudiant qui ignorerait la

structure des organes sur lesquels il pratique ces obturations, la maladie qui a entraîné les désordres qu'il répare, la nature des instruments qu'il emploie, etc. D'un autre coté, l'étude théorique complète des différentes branches de l'enseignement technique exige pour la plupart de celles-ci plusieurs années d'études. Il faut donc tourner la difficulté en donnant, dès le début de la première année, des notions d'ensemble sur les éléments essentiels que l'étudiant doit connaître pour pouvoir poursuivre avec fruit dès le début, la série des travaux pratiques de dentisterie opératoire. Ces notions doivent comporter un *enseignement théorique élémentaire* des matières suivantes :

1° Anatomie dentaire ;
2° Pathologie dentaire ;
3° Thérapeutique dentaire ;
4° Dentisterie opératoire ;
5° Prothèse.

Cet enseignement doit être indépendant de l'enseignement général de l'Ecole qui, lui, est réparti suivant un programme déterminé de façon à embrasser dans les quatre années d'études l'ensemble des connaissances techniques, scientifiques et médicales nécessaires au dentiste et dont nous examinerons le programme dans un instant en ce qui concerne le côté technique.

Mais, d'autre part, il est indispensable aussi que l'enseignement pratique de la dentisterie opératoire ne reste pas livré dès ses débuts aux hasards de la pratique journalière et des cas divers qui peuvent surgir à la consultation hospitalière. Il ne faut pas non plus de prime abord mettre un malade entre les mains de l'étudiant, ce qui présente de très grands inconvénients, tant pour le malade, qu'il y a inhumanité à placer, même pour un cas facile, entre les mains d'un opérateur absolument inexpérimenté, que pour l'élève lui-même, que l'on met dès le début en présence des difficultés *maxima* pour chaque cas déterminé.

Il faut que l'élève n'aborde les difficultés opératoires que progressivement, en commençant d'abord par la dent isolée, en continuant ensuite par la dent en rapport avec ses voisines, sur un modèle tenu à la main au début, et sur l'appareil fantôme par la suite. Il faut enfin qu'on ne confie un malade à l'élève que lorsque celui-ci a complètement exécuté, et d'une façon satisfaisante, les divers travaux élémentaires de dentisterie opératoire [1].

---

1. Il y a même lieu de se demander s'il ne serait pas utile de faire, au début de chaque année, une sorte de répétition préparatoire sur le fantôme des différentes opérations que les élèves de chaque catégorie auront respectivement à effectuer durant l'année.

### *b) Enseignement technique théorique.*

Sur les matières devant faire l'objet de l'enseignement technique théorique l'accord est incontestablement très facile, et ce point ne nous paraît pas comporter de longs développements. Une question seulement pourrait prêter à quelque discussion, ce serait la durée de chaque cours et l'époque des études à laquelle il convient de placer chacun de ces différents cours. Mais ce serait là, pour la Commission internationale d'enseignement, s'engager dans un ordre de discussion bien spécial et un peu particulier. Il nous paraît préférable de déterminer simplement les matières que nous désirons voir figurer dans les programmes, chaque école fixant à son gré la répartition de ces matières au mieux de son enseignement.

Toutefois, s'il nous était permis d'émettre un vœu, ce serait d'une façon générale (et cela est du reste réalisé par la plupart des écoles) de demander que les cours techniques fussent répartis d'une façon inverse à celle des cours scientifiques et médicaux. Ceux-ci en effet doivent, selon nous, prédominer dans les deux premières années d'études, tandis qu'au contraire ce sont les cours techniques qui doivent prédominer durant les deux dernières années.

La liste des cours techniques théoriques pourrait être ainsi établie :

1° Anatomie, histologie et physiologie dentaires normales et pathologiques ;
2° Pathologie dentaire ;
3° Thérapeutique dentaire ;
4° Dentisterie opératoire ;
5° Prothèse ;
6° Orthodontie ;
7° Pathologie et chirurgie buccale ;
8° Anesthésie.

### *c) Enseignement technique pratique.*

L'accord nous parait devoir être également facile en ce qui concerne la nature des cours pratiques de l'enseignement technique. Deux grandes catégories sont établies par la dentisterie opératoire d'une part et la prothèse d'autre part, au sujet desquelles nous ne revenons pas sur ce que nous avons dit plus haut en ce qui concerne l'enseignement préparatoire. A ces deux grands ordres d'enseignement viennent s'ajouter deux autres enseignements pratiques, la stomatologie ou chirurgie de la bouche et l'anesthésie. Ces différents cours peuvent donc être classés ainsi :

1° Dentisterie opératoire ;
2° Clinique dentaire;

3° Prothèse au laboratoire;
4° Prothèse clinique ;
5° Clinique stomatologique ou de chirurgie buccale;
6° Clinique d'anesthésie.

*d) Travaux pratiques.*

Il ne nous paraît pas possible de terminer un rapport sur l'enseignement technique sans aborder l'étude des travaux pratiques exécutés par les élèves.

En effet, un enseignement pratique, si parfait fût-il, ne pourrait donner que des résultats illusoires si les élèves n'étaient obligés d'exécuter un nombre déterminé d'opérations soigneusement contrôlées durant chaque année d'études. C'est la seule garantie sérieuse d'études pratiques convenables pour l'appréciation desquelles des examens de courte durée n'offrent, pas au contraire, de garantie suffisante.

Ce n'est pas à la Commission évidemment à déterminer le nombre et la nature des opérations à exiger, mais il nous paraît nécessaire cependant que celle-ci vote une résolution concernant le principe de l'obligation pour les élèves d'exécuter chaque année un nombre minimum d'opérations et d'appareils, dont la bonne exécution serait soigneusement contrôlée et le nombre déterminé à l'avance par chaque école.

Des diverses considérations développées dans ce rapport, découlent plusieurs conclusions que nous avons l'honneur de soumettre sous forme de résolution au vote de la Commission internationale d'Enseignement tant en notre nom personnel qu'au nom de la Fédération dentaire nationale française.

*M. Siffre* remplace M. Viau à la présidence.

*M. Roy* demande la discussion de son rapport.

*M. Hivert* propose d'ajourner cette discussion, car le document n'a pas été étudié.

*M. Stévenin* fait observer que ce rapport devant être porté à la F. D. I. de la part de la F. D. N. on peut en voter les conclusions sans le discuter.

*M. Hivert* se range à cet avis.

*M. Delair.* — Si nous acceptons les conclusions sans discuter le rapport, il se peut que plus tard nous n'adoptions pas ce dernier.

L'ensemble des conclusions est mis aux voix et adopté.

Ces conclusions sont ainsi conçues :

### Enseignement technique de l'étudiant en dentisterie.

**1re résolution.** — *La possession de connaissances manuelles serait une chose désirable préalablement aux études techniques ; néanmoins, à leur défaut, les écoles devront organiser l'enseignement de la 1re année d'études de façon à donner aux élèves pendant cette année:*

*1° Les connaissances manuelles préliminaires indispensables à l'étude de la prothèse ;*

*2° Des notions élémentaires sur la constitution, la formation, les maladies et le traitement des organes qu'ils auront à traiter par la suite ;*

*3° Un enseignement pratique gradué de la dentisterie opérative sur l'appareil fantôme.*

**2e résolution.** — *L'enseignement technique doit comprendre des cours théoriques et des cours pratiques.*

*A. Les cours théoriques doivent comporter l'étude des matières suivantes :*

*1° Anatomie, histologie et physiologie dentaires, normales et pathologiques ;*
*2° Pathologie dentaire ;*
*3° Thérapeutique dentaire ;*
*4° Dentisterie opératoire ;*
*5° Prothèse ;*
*6° Orthodontie ;*
*7° Pathologie et chirurgie buccale ;*
*8° Anesthésie ;*

*B. Les cours pratiques doivent comprendre :*

*1° Dentisterie opératoire ;*
*2° Clinique dentaire ;*
*3° Prothèse au laboratoire ;*
*4° Prothèse clinique ;*
*5° Clinique stomatologique ou de chirurgie buccale ;*
*6° Clinique d'anesthésie.*

*C. Ces différents cours théoriques et pratiques doivent être répartis sur les quatre années d'études suivant un programme gradué.*

*D. Pour assurer le contrôle des travaux pratiques, les élèves doivent être tenus d'exécuter chaque année un nombre minimum d'opérations des diverses catégories et un nombre minimum d'appareils.*

L'ordre du jour appelle le rapport de M. Heïdé sur l'hygiène dentaire.

*M. Papot.* — M. Heïdé, qui est parti tout à l'heure, m'a remis son document.

*M. Friteau* trouve extraordinaire qu'un rapporteur soit parti avant la lecture et la discussion de son rapport et dépose l'ordre du jour suivant, qui est mis aux voix et adopté.

« *L'assemblée regrette que le rapporteur d'une question venu à la réunion en soit parti avant la lecture de son rapport.* »

*M. Papot* donne lecture du document remis par M. Heïdé.

*M. Friteau* n'y trouve point de conclusions.

*M. Papot.* — M. Heïdé vous demande d'approuver les conclusions du rapport de M. Frank à la F. D. I. ; la Commission d'hygiène a adopté un rapport dû à M. Frank et a décidé que ce rapport serait adressé aux présidents des diverses sociétés ; c'est ce rapport qui vous est soumis.

*M. Delair.* — Le rapport Frank a été adressé aux présidents des sociétés, je le veux bien, mais j'ignorais que le rapport Heïdé était le rapport Frank.

*M. Blatter* propose le rejet des conclusions de M. Heïdé.

*M. Friteau* trouve illusoires les conclusions de M. Frank et ne les votera pas.

*M. Brodhurst* demande à donner lecture d'un vœu qui pourrait se rattacher au rapport de M. Heïdé et qui a été publié dans *L'Odontologie* du 15 décembre 1902.

*M. Roy* dépose l'ordre du jour suivant :

« *La F. D. N. émet le vœu que la Commission d'hygiène de la F. D. I. insiste auprès des divers gouvernements sur la nécessité d'organiser les services d'hygiène dentaire publique sur des bases sérieuses dans les écoles, dans l'armée et dans divers services d'assistance publique.* »

*M. Friteau* demande si le rapport lu par M. Papot sera lu à la F. D. I. par M. Heïdé comme émanant de la F. D. N.

*M. Papot* répond négativement.

Plusieurs membres déposent des ordres du jour.

La rédaction suivante leur est substituée.

« *La F. D. N. regrettant qu'aucun rapport ne lui soit présenté par M. Heïdé, qui en avait reçu mandat au nom de la Commission d'hygiène, charge M. X. de soutenir auprès de la F. D. I. à Madrid, la résolution suivante. (Suit l'ordre du jour Roy).* »

Le nom de M. Papot est introduit dans la proposition ci-dessus, à la demande de divers membres.

Cette proposition, faisant corps avec l'ordre du jour Roy, est mise aux voix et adoptée.

*M. Roy* fait remarquer que le vœu de M. Brodhurst n'a pas un caractère international et préfère la formule générale de son ordre du jour, qui s'applique à tous les cas.

*M. Stévenin* résume un vœu formulé par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, aux termes duquel les dentistes cesseraient d'employer des opérateurs n'ayant pas le droit de pratique légale, afin de mettre un terme aux bazars dentaires. Les dentistes qui auraient besoin d'opérateurs concluraient des associations avec leurs confrères.

*M. Brodhurst* fait remarquer que les dentistes de province sont souvent obligés de s'absenter et ne trouveront pas toujours à se faire remplacer par des diplômés.

*M. Friteau* propose de modifier le vœu du Syndicat.

*M. Roy* estime que le vœu du Syndicat est une entrave à la liberté individuelle. Il ne faut pas s'engager dans des intérêts privés d'ordre si étroit.

*M. Brodhurst.* — Ce serait condamner un dentiste de province qui s'absente à fermer sa porte.

*M. Roy.* — Il n'est vraiment pas désirable d'observer pour le dentiste la même réglementation que pour le pharmacien.

*M. Loup.* — On peut demander que les assistants soient au moins des élèves des écoles, sinon des diplômés.

*M. Hivert* propose de décider que le dentiste ne devra employer que des assistants diplômés.

*M. Stévenin.* — La loi a tranché la question en ne conférant le droit de pratique légale qu'aux diplômés. Comme nous n'admettons pas qu'on opère sans diplôme, vous pouvez émettre le vœu que les dendistes n'emploient que des opérateurs diplômés.

*M. Siffre.* — En médecine les étudiants et les internes peuvent exercer dans certains cas.

*M. Brodhurst* propose qu'on puisse prendre des opérateurs pour un temps limité. Finalement le vœu suivant est mis aux voix et adopté :

« *La F. D. N. invite les dentistes à ne pas employer d'opérateurs n'ayant pas le droit d'exercice légal en France.* »

*M. Roy* propose que les étudiants comptant douze inscriptions puissent, comme les étudiants en médecine comptant seize inscriptions, remplacer un chirurgien-dentiste pendant six mois.

*M. Friteau* fait remarquer que, certaine école dentaire délivrant des inscriptions à tort et à travers, les douze inscriptions ne présentent aucune garantie.

Le vœu de M. Roy est mis aux voix et repoussé.

*M. Brodhurst* donne lecture des vœux suivants émis par l'Association des dentistes du Centre, réunis en assemblée générale le 3 septembre à Vichy sous la présidence de M. Delair :

*1° Que les élèves ne puissent commencer leurs études dans les écoles dentaires avant l'âge de 17 ans ;*

*2° Que l'étude la prothèse soit plus largement faite et qu'à la fin de leurs études les élèves ne puissent obtenir le diplôme d'une école dentaire que sur la présentation d'un certificat effectif de stage mécanique chez un praticien comme cela se fait pour les pharmaciens ;*

*3° Que les études des écoles dentaires puissent se scinder en deux parties afin de permettre aux élèves en cours d'études appelés sous les drapeaux de terminer leur 4e année en revenant du service ;*

*4° Que les élèves d'une école dentaire et les chirurgiens-dentistes diplômés au service militaire ou pour une période d'instruction de 28 jours ou de 13 jours soient autorisés à suivre la consultation, assimilés aux étudiants en médecine et versés dans une section d'infirmiers ;*

*5° Que les docteurs s'occupant d'art dentaire fassent un stage d'au moins deux ans dans une école dentaire.*

Le premier vœu est mis aux voix et adopté.

Au sujet du deuxième vœu, *M. Roy* fait remarquer qu'un stage chez un praticien est difficile à défendre et qu'il faut un enseignement complet de la prothèse dans les écoles.

*M. Stévenin* ajoute que le contrôle n'est pas possible.

Le deuxième vœu est rejeté sous cette forme.

Le troisième vœu étant considéré comme inutile n'est pas pris en considération.

A propos du quatrième vœu, *M. Stévenin* fait observer qu'une décision du Ministre de la guerre verse les diplômés dans les sections d'infirmiers.

Le troisième vœu est adopté, quoique un vœu semblable ait été émis par le Congrès de 1900.

L'assemblée s'ajourne à Angers au mois d'août et se sépare à 6 heures 1/2.

*Le secrétaire adjoint,*
A. BLATTER.

---

## DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

De nombreuses démonstrations très intéressantes ont été faites les 17, 18 et 19 avril à l'École dentaire de Paris. On remarquait aussi les expositions de plusieurs fournisseurs. Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

---

## BANQUET

La Session a été clôturée par un banquet au Palais d'Orsay. Cinquante convives environ y ont pris part. Nous reproduisons les toasts qui y ont été prononcés.

### TOAST DE M. VIAU.

Mesdames,

Je vous remercie bien vivement, au nom de la Fédération, d'être venues assister à ce banquet. Ordinairement nous sommes privés de votre présence ; aussi nous réjouissons-nous d'en profiter ce soir. Vous voudrez bien nous excuser toutefois de ne pas vous avoir reçues comme nous l'aurions désiré. J'espère qu'une autre fois nous pourrons vous traiter plus dignement et surtout éviter de causer de nos affaires, ce que nous sommes contraints de faire ce soir.

Mes chers confrères,

Nous venons de clôturer les travaux de la 4[e] session de la Fédération dentaire nationale, et cette réunion amicale nous fournit l'occasion d'échanger nos impressions et de renouer des relations que le temps ou la distance ont interrompues. Pendant ces trois journées nous avons beaucoup vu, nous avons certainement un peu appris et nous avons eu le plaisir de nous retrouver, de vivre ensemble et de serrer la main à nos confrères des départements. Ne serait-ce là que l'unique résultat de la Fédération, ce résultat serait appréciable et suffirait à justifier, à lui seul, cette réunion et ce groupement des sociétés dentaires françaises en un faisceau.

Mais c'est surtout pour formuler de justes revendications auprès des pouvoirs publics que la Fédération a sa raison d'être ; c'est surtout pour exposer et défendre ses intérêts auprès du pouvoir législatif et du pouvoir exécutif que la Fédération peut utilement intervenir. Et puis, on ne saurait méconnaître l'importance d'une entente entre les écoles dentaires de Paris et de la province pour l'unification des pro-

grammes et des méthodes d'enseignement, afin que nos étudiants puissent passer librement d'une école dans l'autre sans troubler leurs études.

Quel bel exemple ne nous donnent pas à cet égard les Etats-Unis, le pays de l'association par excellence, avec leur Association dentaire nationale et leur Association nationale des facultés dentaires !

Les idées que nous émettons à notre F. D. N. sont d'ailleurs soutenues dans tous les pays où l'art dentaire est en progrès — les intéressantes discussions de la F. D. I. nous l'apprennent — avec les tempéraments que comportent les diverses législations et l'organisation administrative de chaque nation.

Rien ne peut se faire de grand que par l'association, et puisque nous avons la chance d'avoir une législation protectrice des associations professionnelles depuis 1883, unissons-nous et rassemblons toutes nos forces éparses. C'est à la réussite de la session qui vient de s'écouler, au succès des sessions à venir et à la prospérité de notre Fédération que je vous invite à lever vos verres.

Mes chers confrères, à la Fédération dentaire nationale.

---

## Toast de M. le Dr Siffre.

Mesdames,

Nous venons de revivre une heure bien charmante, celle que nous avions vécue à Montauban et à Toulouse, l'année dernière, grâce à votre présence. Nous regrettons cependant que vous disparaissiez si vite et que vous n'interrompiez pas plus longtemps nos discussions et nos conversations professionnelles.

Il n'y a pas que des fédérations corporatives ; il y a aussi une fédération facile à cimenter celle-là — celle de l'amitié — où chacun apporte sa pierre. Cette fédération, nous l'avions commencée ce soir, et nous aurons le plaisir de la continuer. Toutes les corporations ont en effet leur fête patronale ; nous pourrions avoir comme fête patronale la fédération de l'amitié, où nous aurions la satisfaction de nous retrouver.

Au milieu de notre gaieté je ne dois pas oublier d'exprimer des regrets à notre président Godon pour l'adresse qu'il déploie afin de mener notre œuvre à bien.

Nous devons aussi adresser des remercîments à nos confrères espagnols pour l'accueil qu'ils nous réservent ; nous devons enfin remercier les organisateurs de ces trois jours de démonstrations pratiques, pendant lesquels nous avons certainement appris quelque chose.

Je vous demande de porter avec moi la santé de notre président de

ce soir, M. Viau, et des dames que nous avons la chance de compter parmi nous.

---

### Toast de M. Delair.

Mes chers confrères,

Les suffrages des congressistes de Montauban-Toulouse m'ont porté à la présidence de notre prochaine réunion à Angers. Je sais tout le prix de l'honneur qui m'a été fait et j'en éprouve un légitime orgueil.

Mais cet honneur me confère aussi des devoirs, auxquels je me soumets avec plaisir, et dont le premier est de vous adresser à vous tous qui êtes, avec raison, considérés comme l'élite de notre profession en France, une invitation à prendre une part active au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Aux savants, et ils sont nombreux ici, j'adresserai d'abord ma requête. N'avons-nous pas, plus que jamais, besoin du fruit de leurs études, de leur science, de leur enseignement? Venez à nous, sûrs d'être écoutés autant qu'appréciés. Venez nous apporter le résumé de vos recherches, de votre expérience en chirurgie, en médecine, en sciences médicales et naturelles.

Vous anesthésistes, dignes descendants de l'immortel Horace Wells, venez nous faire part de vos patientes recherches, de vos si minutieuses observations. L'abolition de la douleur, magie de la science, fait de vous presque des demi-dieux. Apportez-nous vos conseils.

Et vous, habiles chirurgiens-dentistes aux mains si exercées, au doigté si délicat, au coup d'œil si sûr, au sang-froid si précieux, vous qui, par vos études opiniâtres vos titaniques efforts, avez su imposer à tous la considération qui s'attache aujourd'hui à notre profession, venez nous montrer que vous ne cessez de tra- vailler au progrès de la chirurgie dentaire, venez nous parler de vos nouvelles opérations et de vos nouveaux traitements.

Puis, vous, que je veux qualifier de docteurs ès-dentisterie opératoire, vous qui depuis longtemps avez anéanti la légende de l'incomparable dentiste étranger, vous dont les travaux à la fois scientifiques et artistiques font la gloire et le renom du dentiste français, venez nous montrer vos récents procédés, vos subtils tours de main.

Enfin vous, prothésistes, artistes de notre profession vous qui rendez à Gaster délabré activité nouvelle et facultés perdues, vous qui savez conserver si ingénieusement des sourires charmeurs aux lèvres de celles qui nous donnent à tous de si doux émois, surpassez-vous encore, appliquez-vous à nous les rendre encore plus belles et venez nous confier les secrets nouveaux de vos artifices, les ruses inédites que vous employez chaque jour.

Venez tous, vous qui professez chacun une spécialité, ensei-

gner aux autres ce qu'ils auront plaisir et profit à apprendre de vous.

L'Association française pour l'avancement des sciences nous a jugés dignes de prendre désormais place dans ses rangs ; montrons au monde savant que nous méritons cet honneur. Je compte donc sur votre présence, sur votre participation au Congrès d'Angers. Je sais par avance que je vous demande beaucoup car je n'ignore pas que, pour mettre au point une communication, une démonstration, une expérience, il vous faudra, après le labeur et les soucis journaliers, prendre sur votre repos, sur vos heures de loisirs. Mais cela je vous le demande sans hésitation, parce que je sais que tous au même degré vous avez à cœur le triomphe de la science odontologique.

Messieurs, à votre participation et à vos succès au Congrès d'Angers.

---

## Toast de M. Brodhurst.

Au nom des dentistes de province, je remercie les organisateurs de cette session de la F. D. N. de la réception qu'ils nous ont offerte, des démonstrations intéressantes auxquelles ils nous ont fait assister, qui nous ont donné un avant-goût de ce que pourra être le Congrès de Madrid.

---

## Nouveau toast de M. le Dr Siffre.

J'ai oublié tout à l'heure de vous dire que nous avons parmi nous un confrère aussi plein de dévouement que de modestie, dont la tâche énorme est de nature à nous étonner. Ce travailleur infatigable, qui organise tout parmi nous sans bruit, c'est M. Papot. Nous lui devons plus que des remercîments, nous lui devons de la reconnaissance. C'est à lui que je bois. *(Applaudissements prolongés.)*

---

## Toast de M. le Dr Monnet.

Vous m'avez fait une réputation d'orateur qui est dure à porter. A défaut d'éloquence, de rhétorique, je mettrai à votre service une éloquence beaucoup plus simple : celle qui vient du cœur. C'est donc du fond du cœur que je vous dirai que je vous remercie de l'occasion que vous m'avez offerte de me trouver parmi vous, car cette occasion me permet de vous dire tout le bien que je pense de vous. Depuis que je vis au milieu de vous, j'ai appris à vous apprécier et j'ai constaté avec plaisir l'existence d'un sentiment de camaraderie qui met fort à l'aise.

Je suis extrêmement heureux de l'effort que vous allez faire au

Congrès de Madrid. Vous avez raison de montrer dans des réunions de cette nature la valeur de votre art spécial ; c'est un moyen de le faire valoir. J'aurai le plaisir de vous accompagner et de me réjouir du succès que vous allez y remporter.

Puisque vous avez parlé des dames, je leur dirai que, si elles sont les anges du foyer, elles sont aussi les fleurs du bouquet que nous allons offrir à la population madrilène, et comme nous comptons parmi nous un jeune ménage, je bois à sa prospérité, tout en buvant à la prospérité de votre Fédération.

---

### Toast de M. Pailliotin.

C'est la première fois que les élèves de l'École sont admis parmi vous; au nom de mes camarades de première année, je vous en remercie.

Permettez-moi de profiter de cette occasion pour vous signaler un membre de votre corps enseignant qui déploie un zèle extraordinaire et fait des efforts considérables pour nous instruire. Je crois rendre hommage au corps enseignant tout entier en remerciant ce professeur si plein de mérite : j'ai nommé M. Blatter. C'est à lui que je lève mon verre.

---

### Toast de M. Martinier.

Je profite de l'occasion que vient de me fournir M. Pailliotin, élève de 1re année, pour m'associer aux paroles élogieuses qu'il a prononcées à l'égard de M. Blatter. Je suis heureux qu'il me soit donné de dire à M. Blatter tout le bien que nous pensons de lui et de lui exprimer nos remercîments pour sa précieuse collaboration.

Je suis heureux aussi que des élèves se trouvent parmi nous, bien que ce ne soit pas la première fois, car nous avons pris la bonne habitude de les mêler à nos manifestations professionnelles, parce qu'ils sont nos confrères de demain. Et, puisqu'ils n'ont pas laissé échapper cette circonstance pour remercier l'un de nous de ses efforts et de son dévouement, je les prierai de s'adresser à un de leurs professeurs, toutes les fois qu'ils auront besoin d'avis ou de protection. Prenez l'habitude de compter sur le corps enseignant tout entier; je puis vous assurer que vous devez en toute assurance vous reposer sur lui pour vous faciliter l'entrée dans notre profession.

C'est à votre réussite future que je porte un toast.

---

### Toast de M. Blatter.

On m'accorde des éloges excessifs. Si je travaille avec vous, c'est

que nous sommes dans une phase critique et qu'il faut sortir de cette situation bizarre, équivoque. Pour cela nous avons besoin de l'arme la plus puissante : le savoir. C'est M. Martinier qui m'a incité à travailler avec vous, et un autre que je regrette de ne pas voir parmi nous ce soir, que le travail a blanchi prématurément, — je veux dire M. Godon — y a ajouté ses exhortations. Comme secrétaire de la F. D. N. je souhaite de le voir revenir d'Espagne en meilleure santé.

Je lève mon verre aux dames et à vous, mes maîtres, car je ne suis qu'un débutant.

## AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication:

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

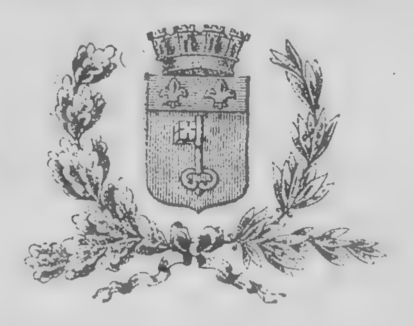
30-VI-03 N° 8

# La Revue Internationale

BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

## ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session d'Angers Août 1903.



## SECTION D'ODONTOLOGIE

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




### SESSION D'AOUT 1903 (*Angers*).

En vue de la constitution d'un bureau local d'organisation du Congrès d'Angers, MM. Delair, président de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences pour le Congrès de 1903, et le Dr Sauvez, secrétaire général de la Fédération dentaire nationale, avaient convoqué, pour le samedi 27 juin, dans une salle de la mairie d'Angers mise à leur disposition, les chirurgiens-dentistes de Maine-et-Loire, Loire-Inférieure, Vendée, Vienne, Sarthe, Indre-et-Loire, Mayenne. Cette réunion confraternelle a eu lieu sous la présidence du Dr Motais, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, membre correspondant de l'Académie de médecine, président du comité d'organisation du Congrès. Le Dr Motais, auquel la science ophtalmologique doit de si précieuses découvertes et l'opération qui porte son nom, a félicité d'abord les chirurgiens-dentistes d'avoir su, par leurs travanx et leur persévérante dignité profes-

sionnelle, mériter dans la famille médicale la place qu'ils y occupent si justement aujourd'hui. Autrefois, dit-il, les spécialistes ne jouissaient tout juste que d'une médiocre considération. On reconnaît maintenant non seulement la valeur professionnelle des dentistes, mais encore on ne leur refuse plus les égards dus à leurs études. Il assure les membres de la XXe section qu'ils trouveront de la part du comité local la plus grande assistance, et, pour sa part, il exprime son vif désir de pouvoir leur être utile.

Ses paroles sont couvertes d'applaudissements. Puis il donne la parole à M. Delair, qui adresse à M. le Dr Motais ses remercîments pour l'honneur qu'il fait aux chirurgiens-dentistes présents de venir les présider, ainsi que pour les paroles qu'il vient de prononcer. Il remercie ensuite les assistants et les félicite de n'avoir pas hésité à délaisser leurs intérêts privés pour venir soutenir ceux de la profession et de s'être pour cela rendus à son appel.

Il leur dit que, s'il a fait, lui, depuis longtemps tous ses efforts pour intéresser au succès de la section le plus grand nombre possible d'auteurs de communications et de démonstrations, c'est à ceux qui sont sur place qu'incombe la tâche de s'occuper des détails d'organisation pour les démonstrations pratiques, la recherche de sujets en nombre suffisant pour celles-ci, enfin d'une réception confraternelle pour les confrères étrangers à la région. Il fait appel aux sentiments d'union que doivent éprouver aujourd'hui tous les membres de la profession dans un but de progrès et de science.

Puis M. le Dr Motais donne la parole à M. le Dr Sauvez qui expose le rôle de la Fédération dentaire nationale dans l'enseignement, l'hygiène, la presse, la profession en général, et la Fédération dentaire internationale. Tous les dentistes, dit-il, doivent s'y intéresser parce que ce n'est que par leur seule union sur le programme de la F. D. N. qu'ils pourront faire valoir leurs revendications auprès des pouvoirs publics. Il insiste sur la nécessité d'un comité local, qui aussi participera aux travaux de la F. D. N. Ce comité local favorisera et développera les relations entre les confrères de même région et provoquera de leur part une émulation salutaire pour participer aux progrès de notre art. Il explique que ce comité agissant parallèlement à celui du comité régional de l'A. F. A. S. ne sera nullement en désaccord avec ce dernier, mais au contraire agira de concert avec lui et le déchargera du souci de l'organisation complexe des démonstrations.

L'allocution très documentée et très écoutée du Dr Sauvez terminée, le Dr Motais prend la parole pour assurer que tout le nécessaire sera fait pour donner à la XXe section une ou deux salles du Lycée et une pièce spéciale pour les projections, mais déclare qu'il ne saurait être possible au comité d'organisation de l'A. F. A. S. de

procurer aux congressistes soit un matériel dentaire, soit des malades.

M. Bouvet, en sa qualité de membre du bureau de l'Association des dentistes du Centre et du Centre-Ouest, a la parole et demande s'il est bien utile de fonder encore un bureau local d'organisation alors qu'il existe déjà un bureau local pour la ville d'Angers, et qu'il est bien certain que tous ses confrères angevins se feront un devoir de concourir au succès de la section et s'y appliqueront de toutes façons. Après répliques de MM. Delair et Sauvez et des observations de la part de MM. Hamonnet et Vichot, M. le Dr Motais met aux voix le principe de la formation d'un comité dentaire local. La proposition est adoptée, puis le Dr Motais met aux voix la constitution du bureau, qui est ainsi composé :

| | | |
|---|---|---|
| Président d'honneur | MM. Bassereau. | d'Angers. |
| Président.......... | Sicard.... | d'Angers. |
| Vice-Présidents..... | Mönich.. | du Mans. |
| | Coignard. | de Tours. |
| Secrétaire.......... | Vichot... | d'Angers. |
| Secrétaire-Adjoint... | Picamal.. | d'Angers. |

MM. Delair et Sauvez remercient M. le Dr Motais d'avoir bien voulu leur faire l'honneur de présider, puis la séance est levée.

Le soir un dîner confraternel réunit tous les membres présents qui se promettent de revenir bientôt dans cette admirable et riche cité, aux environs remarquablement fertiles et pittoresques et où les membres de la Section d'Odontologie seront reçus avec la plus grande sympathie et la plus sincère cordialité.

DELAIR.

---

## LISTE DES ADHÉRENTS.

| | |
|---|---|
| Alaux........... | Toulouse. |
| Armand......... | Bordeaux. |
| Astié............ | Paris. |
| Bassereau....... | Angers. |
| Beal (Dr)........ | Lille. |
| Blatter.......... | Paris. |
| Bohl............ | Castres. |
| Bouvet.......... | Angers. |
| Brioux.......... | Bordeaux. |
| Chemin (Dr)..... | Toulouse. |
| Choquet......... | Paris. |
| Coignard........ | Tours. |
| D'Argent........ | Paris. |
| De Croës....... | Paris. |
| Davenport....... | Paris. |
| De Trey........ | Londres. |
| Delair.......... | Paris. |
| Devoucoux...... | Paris. |
| Diparraguerre... | Bordeaux. |
| Duchesne....... | Toulouse. |
| Ducournau...... | Paris. |
| Fayoux.......... | Niort. |
| Frey (Dr)....... | Paris. |
| Friteau (Dr)..... | Paris. |
| Gillard.......... | Paris. |
| Godon (Dr)...... | Paris. |
| Granjon (Dr).... | Paris. |
| Hamonnet....... | Angers. |
| Harwood........ | Lyon. |
| Heïdé........... | Paris. |
| Hesse........... | Montbéliard. |
| Hervochon...... | Paris. |
| Hivert.......... | Paris. |
| Kritchewsky .... | Paris. |
| Lasnier (Dr)..... | Bordeaux. |
| Loup........... | Paris. |

| | |
|---|---|
| Marronneaud.... | Bordeaux. |
| Mendel-Joseph .. | Paris. |
| Mendelsohn ..... | Montpellier. |
| Meng........... | Paris. |
| Mönick.......... | Le Mans. |
| Neech........... | Paris. |
| Nux (Dr)........ | Toulouse. |
| Ott ............. | Paris. |
| Papot........... | Paris. |
| Périé ........... | Toulouse. |
| Picamal......... | Angers. |
| Pont (Dr) ....... | Lyon. |
| Prével.......... | Paris. |
| Pylmier......... | Paris. |
| Queudot (Dr).... | Paris. |
| Richard-Chauvin. | Paris. |
| Rigolet.......... | Auxerre. |
| Rodolphe........ | Paris. |
| Rolland (Dr)..... | Bordeaux. |
| Roy (Dr) ........ | Paris. |
| Rozenbaum...... | Paris. |
| Sautier.......... | Mantes. |
| Sauvez (Dr)...... | Paris. |
| Sicard .......... | Angers. |
| Siffre (Dr)....... | Paris. |
| Thomas......... | Toulouse |
| Thuillier........ | Rouen. |
| Touvet-Fanton .. | Paris. |
| Viau ............ | Paris. |
| Vichot .......... | Lyon. |
| Vichot .......... | Angers. |
| Vidal........... | Perpignan. |

---

## Communications et démonstrations.

| | | |
|---|---|---|
| MM. Bassereau..... | Angers ......... | Anomalies dentaires. |
| d'Argent....... | Paris........... | Orthopédie dentaire : Appareils extenseurs des mâchoires. |
| Choquet....... | id. | Processus physiologique de la chute des dents temporaires. (Projections). |
| Chemin (Dr)... | Toulouse....... | Communications diverses. |
| Croës (de)..... | Paris........... | Anomalies dentaires acquises. Bridge-Work. |
| Delair ........ | id. | Fabrication de voiles du palais artificiels et d'appareils flexibles de la face avec du caoutchouc à dentier. |
| Fayoux ....... | Niort........... | Sur le ciment-traitement. |
| Frey (Dr) ..... | Paris........... | Prothèse immédiate et médiate. Sur les abcès du sinus maxillaire. |
| Friteau (Dr)... | id. | Anesthésie générale en art dentaire. Emploi du chloroforme dans la position de Röse. |
| Godon (Dr).... | id. | Sur les redressements tardifs. Enseignement des étudiants en chirurgie-dentaire. |
| Granjon (Dr)... | id. | Emploi de l'extrait des capsules surrénales. Le callargol en odontologie. |
| Lasnier (Dr)... | Bordeaux....... | Rapports des dents de six ans et des dents de sagesse supérieures. |
| Martinier...... | Paris........... | Prothèse restauratrice médiate. Orthodontie. Appareils pour fractures des maxillaires. |
| Mönich........ | Le Mans........ | Sur la prothèse dentaire. Bridge-Work. |
| Picamal....... | Angers.......... | Rapports de la pelade avec les affections dentaires. |
| Pont (Dr)..... | Lyon........... | Prothèse du maxillaire supérieur. Prothèse par injections de paraffine. |
| Roy (Dr)...... | Paris........... | De l'intervention dans les suppurations d'origine dentaire. |

| | | |
|---|---|---|
| Rolland (Dr) .. | Bordeaux....... | Influence du sœmnoforme sur les centres nerveux; recherches de la localisation de cette influence; son action sur le cervelet et le cerveau. |
| Rozenbaum.... | Paris........... | Sur l'adrénaline. |
| Sauvez (Dr) ... | id. | Sur l'emploi de la cocaïne. |
| Siffre (Dr)..... | id. | Sur la dent de six ans. Traitement des 4es degrés par l'acide sulfurique. |
| Touvet-Fanton. | id. | Système rationnel de succion en caoutchouc mou. |
| Vichot ........ | Angers......... | Sur la cocaïne. |

(D'autres communications étant attendues le programme et l'ordre du jour paraîtront dans un prochain numéro.)

L. D.

Plusieurs excursions sont projetées, telles que: visite à Saint-Georges-sur-Loire et aux châteaux voisins, visite à Château-Gontier par chemin de fer et retour à Angers par bateau à vapeur sur la Mayenne, puis fête à Saumur, où un carrousel militaire sera organisé en l'honneur des membres de l'A. F. A. S. et une réception par le Dr Peton, maire, et la municipalité.

Des réductions de 50 0/0 sont faites aux adhérents par les compagnies de chemin de fer.

Adresser *sans retard* les adhésions et les demandes de renseignements à M. L. Delair, président de la XXe section, 68, boulevard Rochechouart, Paris, ou à M. le secrétaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, Hôtel des Sociétés savantes, 10, rue Danton, à Paris.

N. B. Les communications qui n'auront pas été lues en séance ne seront pas publiées.

---

## SESSION DE LA F. D. N.

*Ordre du iour.*

Procès-verbal.
Correspondance.
Rapport du Secrétaire général.
— Trésorier.
Nomination du Président.
— bureau.
Rapports sur l'enseignement.
— l'hygiène.
Modifications au règlement.
Vœux et propositions diverses.

*Réunions.*

Bureau : Mardi, 4 août, 5 heures.

Assemblées générales : Mercredi, 5 août, 2 à 5 heures. Jeudi, 6 août, 9 à 11 heures.

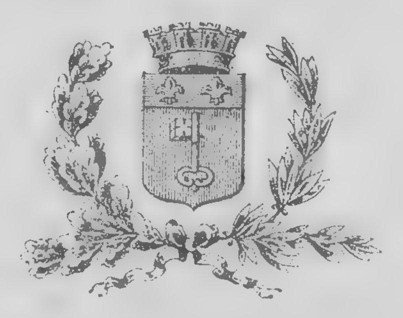
*Supplément* *

15-VII-03 N° 9

La Revue Internationale
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

# ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session d'Angers



Août 1903.

## SECTION D'ODONTOLOGIE

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




SESSION D'AOUT 1903 (*Angers*).

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
45, rue de La Tour-d'Auvergne
PARIS

Paris, le 17 juillet 1903.

Monsieur et cher confrère,

La prochaine session de la Fédération dentaire nationale aura lieu le mercredi 5 et le samedi 8 août 1903, à Angers, au Lycée David, rue du Lycée, en même temps que la session de la sous-section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

La première réunion est fixée au mercredi 5 août, à 2 heures de l'après-midi.

La deuxième réunion se tiendra le samedi 8 août, de 9 heures à 11 heures du matin, s'il y a lieu.

*Supplément.*

Vous êtes instamment prié d'assister à cette session, qui, par suite des décisions prises à la session tenue à Paris au mois d'avril dernier, devient l'assemblée générale principale de la Fédération dentaire nationale, comme vous le verrez par l'ordre du jour ci-dessous.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments de bonne confraternité.

*Le secrétaire général,*
E. Sauvez.

Ordre du jour.

Procès-verbal.
Correspondance.
Rapport du secrétaire général. — Sauvez.
Les sessions de la F. D. I. de 1900 à 1903 (Paris, Cambridge, Stockholm, Madrid) et leurs rapports avec la F. D. N.
Le 4e Congrès dentaire international de St-Louis en 1904.
L'Exposition de St-Louis, 1904.
Affaires extérieures diverses.
Rapport du secrétaire-adjoint. — Blatter.
La session de la F. D. N. à Paris en avril 1903.
Modifications au règlement.
Affaires intérieures diverses.
Propositions de modification au règlement.
(Un président est nommé à chaque session et est choisi parmi les membres de la région présents.
Le bureau du Comité exécutif doit être de la région parisienne.)
Rapport du trésorier. — Stévenin.
Nomination du président et du bureau.
Rapport sur l'enseignement au Congrès de Madrid. — Dr Roy.
Rapport sur l'hygiène. — Sauvez.
Rapport sur la Revue internationale. — Papot.
Rapport sur le XIVe Congrès de médecine de Madrid.
Vœux et propositions diverses.

N. B. La réunion du bureau de la F. D. N. aura lieu le mardi 4 août à 5 heures.

## SESSION DE 1903

### Nouveaux adhérents.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Brodhurdst...... | Montluçon. | Lefevre (Hermann).. | Nantes |
| Francis Jean.... | Paris. | Martinier ....... | Paris. |
| Julien (Alexis)... | Paris. | Dr Petit ........ | Angers. |

## SESSION DE 1904

L'Association française pour l'avancement des sciences a décidé de tenir son prochain congrès en août 1904 à Grenoble. L'honneur d'y assurer le succès de notre Section d'Odontologie reviendra donc à nos confrères de la région Lyon-Grenoble. Ils auront donc particulièrement pour tâche de se grouper tous pour donner à cette réunion professionnelle tout l'éclat et l'intérêt que chaque contrée de France s'efforce d'assurer à tour de rôle aux assises scientifiques de l'A.F.A.S.

Nous savons par avance que nos confrères de la contrée Lyon-Grenoble s'apprètent à faire dignement leur devoir à cette occasion.

Nous espérons qu'ils rivaliseront de zèle et d'efforts pour apporter au Congrès de Grenoble le fruit de leurs travaux. Mais, en attendant, nous les engageons à se rendre en grand nombre à Angers pour rehausser par leur présence et leurs communications l'éclat de la XXe section.

Donc tous à Angers où pourra être constitué le bureau régional de 1904.

Delair.

---

### Erratum.

C'est par erreur que nous avons annoncé dans notre n° du 30 juin, p. 91, M. Picamal comme secrétaire-adjoint du bureau local d'Angers. Cette fonction a été confiée à M. Hamonnet.

## Certificat d'études secondaires exigé des dentistes.

Nouveau et très grand succès de l'Institut des langues et sciences, 17, rue du faubourg Montmartre, dirigé avec tant de distinction par M. Debraux, professeur.

Voici la liste des vingt-deux reçus connus à l'heure présente, liste qui n'est d'ailleurs pas encore complète puisqu'on attend encore deux résultats.

L. Beck, Bouchard, R. Boulic, Demonbray, Garnier, Mme Lécuyot, Seimbille, Tusseau, Viallard, Bourselet, Beuman, Charpentier, Christen, Fichet, Gravières, Grout, Hurst, Solbrig, H. Schillman, Mlle Schillmann, Tamisier, Tourrier.

Ces jeunes gens appartenaient déjà à la profession soit par leur famille, soit par leur apprentissage de prothèse ; ils se connaissent tous; il est donc facile de contrôler l'exactitude de ces résultats extraordinaires.

Ce succès, auquel M. Debraux a déjà donné cependant de beaux précédents, et qui s'établit à la proportion de 22 reçus sur un cours de 30, en une session, porte à 131 le nombre des diplômés sortant en 5 ans environ de l'Institut du faubourg Montmartre.

Conformément à son habitude, l'établissement tient à la disposition des familles tous les renseignements, les références, adresses de reçus etc., qu'on peut demander. S'adresser au secrétaire.

**La classe préparatoire** au Cours normal pour la session de novembre ouvre le 15 juillet.

**Le cours normal** lui-même commencera le lundi 6 août et durera 3 mois, tous les jours de 5 h. 1/2 à 7 h. 1/2 du soir ; l'inscription est fixée à 100 fr.

**Le cours de répétition du matin** commencera le lundi 6 août et durera 3 mois, tous les jours de 7 h. 1/4 à 8 h. 45; ce cours rend les plus grands services aux mécaniciens dont la journée finit tard, ainsi qu'aux élèves retardataires ou faibles pour lesquels il constitue une répétition indispensable et qu'il dispense des cours du soir.

**Le cours du soir** a lieu de 9 h. à 10 h. 1/2.

Rappelons que le cours du baccalauréat fonctionne de 2 h. à 4 h. et que des professeurs nationaux pour l'enseignement de langues vivantes par la conversation et les leçons sont attachés à l'établissement.

Ces professeurs sont internes, ce qui permet aux pensionnaires, élèves de l'une ou l'autre des sections précédentes, de faire des progrès très rapides.

---

# Association Française pour l'Avancement des Sciences

*SESSION D'ANGERS, du 4 au 11 AOUT 1903*

## Programme de la Sous-Section d'Odontologie

**Mardi 4.** 10 h. *Assemblée générale de l'Association des Dentistes du Centre-Ouest.*
2 h. Inauguration du Congrès. Séance présidée par M. Levasseur, membre de l'Institut.
5 h. Réunion du bureau de la Fédération Dentaire Nationale.
9 h. *Réception à l'hôtel de ville par la municipalité.*

**Mercredi 5.** 9 h. *Réunion de la Sous-Section d'Odontologie.* Allocution du Président. Nomination du bureau. (2 Vice-Présidents, 1 Secrétaire général, 1 Secrétaire-Adjoint).

### Séance de communications.

1° L'enseignement préparatoire des étudiants en chirurgie dentaire comme 1re année dans les Écoles dentaires, Dr Godon.
2° Prothèse du maxillaire supérieur, Dr Pont, de Lyon.
3° Influence de l'extraction de la dent de six ans sur l'évolution de la dent de sagesse, Dr Siffre, Paris.
4° Influence du sœmnoforme sur les centres nerveux : recherches de la localisation de cette influence : son action sur le cervelet et le cerveau. Dr Rolland, de Bordeaux.
5° Anomalies dentaires, M. Laurent Bassereau, Angers.

2 h. *Assemblée générale de la Fédération Dentaire Nationale.*
9 h. *Réception de la Section par les membres du Comité local et de l'Association des Dentistes du Centre-Ouest.*

**Jeudi 6.** De 9 à midi. **Séance de démonstrations.**

Salle A.

De MM. Richard-Chauvin. Obturations porcelaine. Aurifications, or cohésif, non cohésif, méthode mixte, méthode des trois cylindres.
Bouvet, d'Angers. Porcelaine.
Dr Friteau, de Paris. Anesthésie générale en art dentaire. Emploi du chloroforme dans la position de Röse.

Salle B.

De MM. Dr Granjon, de Paris. Emploi de l'extrait des capsules surrénales.
Dr Rolland, de Bordeaux. Anesthésie générale par le sœmnoforme.
Dr Sauvez, de Paris. Anesthésie locale par la cocaïne.
Dr Siffre, de Paris. Anesthésie par le chlorure d'éthyle. Présentation d'un nouveau masque.

De 2 h. à 5 h.

Salle A. **Communications scientifiques.**

1° Sujets divers, Dr Chemin, Toulouse.
2° Sur les abcès du sinus maxillaire. Dr Frey, Paris.
3° De l'intervention dans les suppurations d'origine dentaire, Dr M. Roy, Paris.
4° Processus physiologique de la chute des dents temporaires, M. Choquet, de Paris.
5° De l'enseignement pratique de l'anatomie aux étudiants en chirurgie dentaire de 1re année, M. Alexis Julien.
6° Sur l'organisation des travaux pratiques de bactériologie dans les Écoles dentaires, par Leroux.
7° Sur la cocaïne, M. Vichot, Angers.
8° Rapports des dents de six ans et des dents de sagesse supérieures, M. Lasnier, Bordeaux.
9° Sur la prothèse dentaire et les appareils sans plaque, M. Monier, Le Mans.

Salle B. **Communications techniques.**

1° Prothèse restauratrice médiate : Orthodontie ; Appareils pour fractures des maxillaires. M. Martinier, de Paris.
2° Orthopédie dentaire : Appareils extenseurs des mâchoires, M. d'Argent, Paris.
3° Prothèse vélo-palatine, M. Vichot, Lyon.
4° Résultats éloignés de prothèse restauratrice des maxillaires. Appareils pour fractures doubles et triples : Prothèse vélo-palatine. M. Bouvet, Angers.
5° Prothèse nasale par injections sous-cutanées de paraffine. Dr Pont, de Lyon.
6° Sur les redressements tardifs. Résultats éloignés, Dr Godon.
7° Prothèse immédiate et médiate, Dr Frey.

6 h. *Dîner amical de la Section.*

**Vendredi 7.** *Excursion générale au Lyon d'Angers,* organisée par l'A. F. A. S.

**Samedi 8.** Deuxième assemblée générale de la F. D. N. } S'il y a lieu.
de 9 à 11. Séance de démonstrations.

2 à 5 h.

Salle A. **Communications.**

1° Le canal radiculaire dentaire, note anatomique, Dr Siffre.
2° Anomalies dentaires acquises, M. de Croes, Paris.
3° Sur l'adrénaline, M. Rozenbaum, Paris.
4° Système rationnel de succion en caoutchouc mou pour appareils supérieurs et inférieurs, M. Touvet-Fanton.
5° Rapports de la pelade avec les affections dentaires, M. Picamal, Angers.
6° Le collargol en odontologie, Dr Granjon.

Salle B. **Démonstrations.**

1° Le ciment-traitement, M. Favoux, Niort.
2° Mode d'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général, M. Blatter, Paris.
3° Traitement immédiat des caries du quatrième degré. Mode d'emploi de l'acide sulfurique dans les canaux radiculaires, Dr Siffre.
4° Fabrication des voiles du palais artificiels et des appareils flexibles de la face avec du caoutchouc ordinaire à dentiers, M. Delair.

5 h. Élection du Président de la session de 1904, Congrès de Grenoble.
9 h. *Fête au Mail.*

**Dimanche 9.** *Excursion générale à Saint-Georges-sur-Loire et les Ponts-de-Cé,* organisée par l'A. F. A. S.

**Lundi 10.** Visites industrielles.
9 h. Conférence de M. Labbé, avec projections.

**Mardi 11.** Assemblée générale de l'A. F. A. S. Clôture du Congrès.

**Mercredi 12, Jeudi 13, Vendredi 14.** Excursions à Saumur, Chinon, Azay-le-Rideau, Tours.

30-IX-03 N° 10

# La Revue Internationale

BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS




## FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

**Association universelle des Sociétés et Écoles dentaires.**

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
45, rue de La Tour-d'Auvergne.
PARIS

Paris, le 25 septembre 1903.

*Circulaire aux Présidents des Fédérations dentaires nationales.*

Monsieur le Président et honoré confrère,

La F. D. I. a décidé à Stockholm, au mois d'août 1900, conformément aux pouvoirs qui lui avaient été conférés, que le 4e Congrès dentaire international aura lieu à Saint-Louis (Missouri) au mois d'août 1904, en même temps que l'Exposition universelle qui doit se tenir dans cette ville.

Cette décision a été prise à la suite des invitations qui ont été régulièrement adressées à la F. D. I. par :

1° The National Dental Association;
2° The Saint Joseph Odontological Society;
3° The National Association of Dental examiners;
4° The Odontographs of occidental Missouri and eastern Kansas;
5° The Saint-Louis Dental Society;
6° The Committee appointed by the Dental Association of the State of Missouri and the Dental Society of Saint-Louis;
7° The Mayor of the city of Saint-Louis;
8° The Governor of the State of Missouri;
9° The Louisiana Purchase Exposition.

Cette décision a été confirmée à la session tenue par la F. D. I. à

Madrid (avril 1903). Le bureau du Conseil exécutif a définitivement fixé les conditions de la participation de la F. D. I. à l'organisation dudit Congrès, d'accord avec les autorités de l'Exposition et le Comité d'organisation.

Le Comité d'organisation du 4ᵉ Congrès de Saint-Louis (1904) nous avise officiellement que ce Congrès sera tenu du 29 août au 3 septembre inclus.

Nous vous informons par la présente que la Fédération dentaire internationale a décidé de donner son entier concours aux organisateurs pour leur permettre d'assurer le succès du futur Congrès.

Nous vous prions donc de faire appel aux diverses Sociétés dentaires de votre pays pour qu'elles adhèrent au 4ᵉ Congrès.

Il nous paraît inutile d'attirer votre attention sur l'intérêt qu'il y a à ce que toutes les Sociétés dentaires du monde soient dignement représentées au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel; mais nous pensons devoir vous signaler particulièrement les décisions que les délégués des diverses fédérations ou Sociétés nationales seront appelés à prendre au sujet de l'organisation de la deuxième période de la Fédération dentaire internationale, qui vraisemblablement ira du 4ᵉ au 5ᵉ Congrès dentaire international.

Dans la première période de fonctionnement s'étendant du Congrès international de Paris (1900) à celui de Saint-Louis (1904), les membres du Conseil exécutif de la F. D. I. que vous avez nommés à Paris ont rempli de leur mieux le mandat que leur avaient confié les membres du Congrès, comme vous l'avez vu par les comptes rendus de ses différentes sessions.

Ils ont assuré la réunion du 4ᵉ Congrès dentaire international (Vœu nº 13), créé une Commission internationale d'enseignement, qui a élaboré un programme d'enseignement dentaire international dans ses sessions de Londres, Cambridge, Stockholm et Madrid (Vœu nº 16).

Une Commission internationale d'hygiène, créée à la session de Cambridge, doit terminer à Saint-Louis le programme international de l'hygiène dentaire à recommander aux pouvoirs publics des divers pays (Vœux nºˢ 17 à 22).

D'autres projets intéressant l'évolution internationale de l'art dentaire sont en voie de réalisation, tels que la Revue universelle d'Art dentaire.

D'autres ont fait l'objet de rapports internationaux, comme la Fédération des écoles ou de propositions encore à l'étude, comme la nomenclature universelle et la création d'un Code of Ethics, universellement accepté, que nous laisserons à nos successeurs le soin de réaliser dans les périodes successives de la F. D. I.

Il appartiendra donc aux délégués présents au Congrès de Saint-

Louis de ratifier le règlement de la F. D. I. avec les modifications qu'il peut comporter, de nommer les membres qui devront représenter les divers pays au sein du nouveau Conseil exécutif et de fixer le programme de la deuxième période de la F. D. I.

Nous sommes persuadés que, comprenant l'importance de la grande réunion dentaire internationale qui doit se tenir à Saint-Louis au mois d'août 1904, vous voudrez bien convoquer dans votre pays, près de votre Fédération dentaire nationale, des sociétés ou groupes professionnels et de la presse professionnelle le mouvement nécessaire pour amener les confrères de votre pays à y participer par l'envoi de délégués et de travaux scientifiques. Nous vous prions de faire publier la présente circulaire dans les journaux dentaires de votre pays.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels.

*Le Secrétaire général,*
Dr Sauvez.

*Le Président,*
Dr Godon.

---

## 4e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

*29 août au 3 septembre 1904, Saint-Louis (Missouri)*

COMITÉ D'ORGANISATION

H. J. Burkhart, Président.
E. C. Kirk, Secrétaire.

R. H. Hofheinz,
Wm. Carr,
W. E. Boardman,
V. E. Turner,
J. Y. Crawford,
M. F. Finley,
J. W. David.

Wm. Crenshaw,
Don M. Gallie,
G. V. I. Brown,
A. H. Peck,
J. D. Patterson,
B. L. Thorpe.

Le Congrès sera divisé en deux départements : Département A, science (comprenant 4 sections); département B, science appliquée (comprenant 6 sections).

**Département A. — Science.**

I. Anatomie, physiologie, histologie et microscopie. Président : M. H. Cryer.

II. Etiologie, pathologie et bactériologie. Président : R. H. Hofheinz.

III. Chimie et métallurgie. Président : J. D. Dodgen.

IV. Hygiène, prophylaxie, thérapeutique, matière médicale et

électro-thérapeutique. Président : A. H. Peck.

**Département B. — Science appliquée.**

V. Chirurgie buccale. Président : G. V. I. Brown.
VI. Orthodontie. Président : E. H. Angle.
VII. Dentisterie opératoire. Président : C. N. Johnson.
VIII. Prothèse. Président : C. R. Turner.
IX. Enseignement, nomenclature, littérature et histoire (N...).
X. Législation. Président : W. Taft.

COMITÉS.

Les comités suivants ont été nommés.
Finances. Président : C. S. Butler.
Programmes. Président : A. H. Peck.
Présentations. Président : D. M. Gallie.
Transports. Président : N...
Réception. Président : B. Holly Smith.
Inscription. Président : B. L. Thorpe.
Impressions et publications. Président : W. E. Boardman.
Rapports avec les Sociétés dentaires des Etats et des villes. Président : J. A. Libbey.
Législation dentaire. Président : W. Carr.
Invitation. Président : L. G. Noel.
Admission des membres. Président : J. D. Patterson.
Méthodes d'enseignement. Président : T. W. Brophy.
Chirurgie buccale. Président : J. V. I. Brown.
Prothèse dentaire. Président : C. R. Turner.
Installation. (N...)
Communications. (N...)
Histoire de la dentisterie. Président : W. H. Trueman.
Nomenclature. Président : S. W. Foster.
Appui pour la nomination de chirurgiens-dentistes dans les armées et marines du monde. Président : W. Donnally.
Soins des dents des indigents. Président : Thomas Fillebrown.
Etiologie, pathologie et bactériologie. Président : R. H. Hofheinz.
Prix pour les communications. Président : James Truman.
Hygiène buccale, prophylaxie, matière médicale, thérapeutique et électro-thérapeutique. Président : A. H. Peck.
Dentisterie opératoire. Président : C. N. Johnson.
Résolutions. Président : J. Y. Crawford.
Démonstrations. Président : C. E. Bentley.
Nominations. Président : (N...)
Réception locale. Président : (N...)

30-X-03 N° 11

La Revue Internationale
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

# FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE




## SESSION D'ANGERS 1903

*Assemblée générale du mercredi 5 août.*

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 2 heures au Lycée David, d'Angers.

*Ordre du jour.*

Procès-verbal.
Correspondance.
Rapport du secrétaire général. Sauvez.
Les sessions de la F. D. I. de 1900 à 1903 (Paris, Cambridge, Stockholm, Madrid) et leurs rapports avec la F. D. N.
Le 4e Congrès dentaire international de Saint-Louis en 1904.
L'Exposition de Saint-Louis 1904.
Affaires extérieures diverses.
Rapport du secrétaire adjoint. Blatter.
La session de la F. D. N. à Paris en avril 1904.
Modifications au règlement.
Affaires intérieures diverses.
Propositions de modification au règlement:
*a.* Un président est nommé à chaque session et est choisi parmi les membres de la région présents.
*b.* Le bureau du Comité exécutif doit être de la région parisienne.
Rapport du trésorier. Stévenin.
Nomination du président et du bureau.
Rapport sur l'enseignement au Congrès de Madrid. Dr Roy.
Rapport sur l'hygiène. Sauvez.
Rapport sur la *Revue internationnale.* Papot.
Rapport de l'Association des dentistes du Centre-Ouest. Brodhurst.
Vœux et propositions diverses.

*M. Sauvez, secrétaire général,* donne lecture du procès-verbal de la séance du bureau, tenue le 4 août à Angers.

*Séance du bureau du 4 août.*

*M. Sauvez, secrétaire général*, expose l'ordre du jour à adopter le lendemain en assemblée générale pour les différents travaux à l'ordre du jour.

Une discussion s'engage relativement aux élections présidentielles. Le président de la F. D. N. choisi dans la région parisienne aurait à diriger le travail annuel ; celui du Comité régional aurait à s'occuper de faire la propagande pour la session annuelle provinciale et serait le président de cette session (Odontologie et F. D. N.).

*M. Sauvez* donne ensuite lecture de la correspondance comprenant :

1° Une lettre de M. Harrison, président de la *British dental Association*, qui regrette de ne pouvoir se rendre à l'invitation de la F. D. N., retenu par le Congrès de Brighton, et forme les vœux les plus sincères pour le plein succès de la réunion professionnelle d'Angers.

Des remerciements sont votés par l'assemblée et adressés au président de la *British dental Association* ;

2° Une lettre de M. Fléty, formulant un vœu, au nom de l'Association des dentistes de l'Est ; ce vœu est renvoyé au bureau ;

3° Une lettre de l'Association odontologique de Bordeaux, déléguant M. Pinèdre auprès de la F. D. N. (session d'Angers) ;

4° Une lettre de M. Cohen, annonçant que le Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais est dissous ;

5° Une lettre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, qui est renvoyée au bureau ;

6° Une lettre de M. Stévenin, trésorier de la F. D. N., faisant appel à la F. D. N. pour venir en aide au Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais dont l'état financier est des plus précaires.

*M. Sauvez* donne lecture de son rapport de secrétaire général.

## Rapport du secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

La Fédération dentaire nationale, qui se réunit aujourd'hui dans cette belle ville d'Angers, est née en 1900 (à la suite d'une proposition présentée par M. Stévenin au 3e Congrès dentaire international) ; mais déjà, depuis plusieurs années, des tentatives d'union des Sociétés professionnelles de France avaient été faites, principalement à l'occasion des Congrès internationaux de Paris en 1889 et de Chicago en 1893.

De plus, en 1896, d'accord avec M. Godon, Paul Dubois avait pris l'initiative d'organiser un 1er Congrès dentaire national à Bordeaux, c'est-à-dire une réunion à laquelle étaient conviés tous les dentistes français. L'année suivante, en 1897, un 2e Congrès dentaire, dont j'eus l'honneur d'être président, s'ouvrait à Nancy. Enfin en 1898 et en 1899 eurent lieu des réunions analogues : les 3e et 4e Congrès dentaires nationaux, qui tinrent leurs assises à Paris et à Lyon.

En 1900, il y avait donc eu déjà quatre réunions annuelles, à chacune desquelles avaient pris part plus d'une centaine de dentistes de

France, qui avaient appris à se déplacer, à se connaître et à s'apprécier les uns, les autres.

Ces Congrès nationaux avaient une organisation particulière, assez compliquée ; ils étaient dirigés par un bureau central, ayant son siège à Paris, aidé par un bureau local siégeant dans la ville où avait lieu la réunion. Enfin, au moment même du Congrès, on nommait un bureau non régional. De cette façon, les groupements de dentistes parisiens, régionaux et non régionaux étaient représentés.

Ces réunions eurent un succès considérable, grâce au dévouement de certains organisateurs et furent de la plus grande utilité lorsque survint le Congrès dentaire international de 1900. Ce Congrès fut un des plus grands événements professionnels de ces derniers temps, non seulement par lui-même, mais par les créations qui se firent à son occasion et qui ont tant prospéré depuis. Sa préparation dura deux ans et nécessita précisément l'union de toutes les Sociétés dentaires françaises qui se joignirent les unes aux autres pour recevoir dignement les dentistes étrangers venus de tous les points du monde apporter l'appui de leur présence et leur collaboration active.

Le nombre des communications et des présentations fut tel qu'il remplit quatre volumes, et j'ai l'honneur de remettre aujourd'hui sur le bureau de la Fédération dentaire nationale le 4e et dernier volume, encore plus important que les autres et qui marque la fin du travail du secrétariat que les dentistes français ont bien voulu me confier à cette époque.

Cette union des Sociétés professionnelles dans un but déterminé de solidarité et de progrès fut le prélude, le germe de la Fédération dentaire nationale. Aussi la création de la Fédération rallia-t-elle les Sociétés qui pensèrent qu'il était bon de conserver ce rouage créé en vue du Congrès. Si j'insiste sur ces points, messieurs, ce n'est pas pour apprendre l'histoire de nos Congrès nationaux à ceux d'entre vous qui sont jeunes venus, c'est pour vous faire comprendre que la session pour laquelle nous sommes aujourd'hui réunis à Angers n'est que la suite de ces Congrès précédents.

Jusqu'en 1900 il n'existait qu'une seule réunion pour s'occuper des intérêts professionnels et des intérêts scientifiques.

On s'occupait aussi bien dans un Congrès national de l'enseignement, des écoles, des desiderata des dentistes, que de science, de dentisterie opératoire et de prothèse. Les quatre Congrès dentaires français qui ont précédé 1900 avaient donc le même cadre qu'aujourd'hui, mais il n'y avait qu'un cadre, tandis que, depuis 1900, il y en a deux : la Fédération dentaire nationale, qui s'occupe des intérêts professionnels, et la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui s'occupe de la partie scientifique. La réunion d'Ajaccio de 1901, la réunion de Montauban de 1902 furent

ainsi les 5e et 6e réunions annuelles de la profession dentaire en France.

Je vous propose donc que cette présente réunion porte comme exergue, comme titre, en quelque sorte : 7e Réunion annuelle des dentistes français, comme la réunion de Grenoble portera le titre de 8e réunion.

Nous avons marché pendant quatre ans sans le secours de l'A.F.A.S. et nous avons montré, avant d'y entrer comme section, que nous étions aptes, par nous-mêmes, à nous organiser et à tenir des réunions annuelles.

Ce n'est que pour profiter des avantages moraux et matériels de l'A. F. A. S. que nous suivons ses sessions depuis 1900, mais nous ne devons pas, à mon sens, oublier le début de nos réunions et surtout leur but, qui était aussi bien de s'occuper de science que de s'occuper des intérêts généraux de la profession, dans le sens le plus large et le plus élevé.

## II

C'est dans le même ordre d'idées, pour faire coïncider les réunions professionnelles, afin de ne pas causer une série de dérangements consécutifs aux praticiens venus du monde entier, que la Fédération dentaire internationale, également créée en 1900, a profité de la grande réunion internationale de Madrid de cette année pour y tenir sa troisième session. Celle-ci a eu un éclat qui a dépassé encore celui des réunions précédentes. La première séance a été présidée par le ministre de l'Instruction publique d'Espagne, à l'Académie de médecine de Madrid.

La plupart des représentants des Fédérations dentaires des divers pays assistaient aux réunions de ce groupement, qui a déjà joué un rôle considérable dans plusieurs circonstances, entre autres dans l'organisation du Congrès de Saint-Louis, dont nous reparlerons tout à l'heure. Cet organe international, dans lequel la France est représentée par les délégués que vous avez nommés, s'est développé, depuis sa création et a constitué une série de Commissions dont les travaux ont déjà réussi à mettre d'accord les dentistes du monde sur un grand nombre de points. Dans ces discussions, les dentistes français ont apporté les désirs de notre Fédération nationale et ils ont présenté plusieurs vœux émis par elle.

La Commission d'enseignement, pendant ce cycle de trois années, Londres-Cambridge, Stockholm, Madrid, a établi un programme d'enseignement, le programme complet des études que doit faire le chirurgien-dentiste, études préliminaires, scientifiques, médicales et techniques.

Nous sommes heureux de dire que ce programme général est presque en totalité le programme de l'Ecole dentaire de Paris, comme d'ailleurs celui des principales écoles étrangères. Ceux d'entre vous que ces questions intéressent trouveront tous les renseignements désirables dans les comptes rendus de la F. D. I. et, pour la dernière session de Madrid, dans un rapport du Dr Roy paru dans *L'Odontologie*.

La Commission d'hygiène, réunie cette année sous la présidence de M. Jenkins, de Dresde, s'est occupée de l'inspection dentaire dans les écoles, du service dentaire dans les armées de terre et de mer, de l'inspection dentaire pour les ouvriers de l'industrie et des services dentaires de l'Assistance publique. Cette Commission n'a pu, naturellement, émettre que des vœux très généraux pouvant indiquer une orientation, un désir, mais la question de l'application reste à établir par chacune des Fédérations nationales.

La Commission de la Presse internationale, créée cette année, a décidé de publier tous les trois mois un bulletin en différentes langues dans les journaux des pays affiliés à la Fédération. Ce bulletin donnera un résumé de toutes les nouveautés intéressant la profession dans le monde entier.

Je pense qu'il est inutile de développer cette question et que vous comprendrez tous l'utilité immense de cette création. Vous voyez donc, messieurs, l'importance que la Fédération nationale française soit représentée dans la F. D. I. pour collaborer à cette œuvre d'union, de confraternité et de progrès de la science dentaire mondiale.

Je vous propose par conséquent de continuer la délégation et le mandat de ceux que vous avez nommés à cet effet. Le Conseil exécutif et certaines Commissions de la F. D. I. ont décidé de demander aux Fédérations nationales de désigner des membres pour être vice-présidents de ces Commissions. Je vous propose de charger de ce soin votre bureau.

Enfin, j'ai encore une mission à remplir au sujet de la F. D. I. Les frais considérables que nécessitent la préparation des sessions et l'impression des comptes rendus sont couverts, en partie, par les souscriptions des membres du Conseil exécutif et des Commissions, et en partie par une souscription des diverses Fédérations ou Sociétés adhérentes et, cette année, la cotisation de la Fédération dentaire française a été fixée à 100 fr. Je vous propose d'accepter cette souscription.

## III

Il est également de mon devoir de vous entretenir quelques instants d'un grand événement professionnel qui se prépare pour l'année pro-

chaine : le 4e Congrès dentaire international, qui se tiendra à Saint-Louis (Missouri), pendant l'Exposition universelle.

Ce Congrès sera certainement le plus important, par le nombre des dentistes qui y viendront, de tous ceux qui ont eu lieu jusqu'ici. On peut d'avance compter sur plusieurs milliers de dentistes et il est du devoir de la Fédération dentaire française, comme d'ailleurs de toutes les Ecoles dentaires et de toutes les Sociétés, de s'y faire dignement représenter, en s'imposant, si besoin, des sacrifices.

Comme vous le savez déjà, le nombre des dentistes aux Etats-Unis est de 25.000.

Ce nombre considérable de praticiens, la valeur personnelle de l'élite des professeurs, le nombre des écoles dentaires, le soin que le public des Etats-Unis apporte à la conservation de ses dents ont amené la quasi-perfection de l'outillage, du manuel opératoire et de l'art dentaire en général dans ce pays et il est utile que les dentistes français aillent au sein de cette grande réunion professionnelle pour être au courant des derniers perfectionnements de la science dentaire moderne.

L'organisation de ce Congrès n'a pas marché sans de grandes difficultés et plusieurs d'entre nous ont combattu longuement aux sessions de la F. D. I. de Stockholm et de Madrid pour garantir les intérêts des dentistes étrangers aux Etats-Unis et par conséquent aussi des dentistes français.

Il est nécessaire que les Français, qui en 1900 ont vu 700 dentistes étrangers venir à Paris, fraterniser avec les 500 dentistes de France qui s'étaient rendus à notre appel, aillent à leur tour en grand nombre au Congrès de Saint-Louis pour montrer les qualités de nos opérateurs, de nos hommes de science et surtout de nos prothésistes.

Le praticien qui ne se tient pas au courant des progrès de la science, surtout quand cette science fait des pas gigantesques, est voué à rester au deuxième rang toute sa vie, et tous ceux qui ont rôle d'éducateurs doivent aller l'année prochaine au Congrès de Saint-Louis pour prendre contact avec la profession dentaire des Etats-Unis, qui est très avancée sur certains points. Et nous pouvons d'autant plus le reconnaître que les Américains avouent eux-mêmes que l'art dentaire américain a dû son essor puissant aux dentistes français qui partirent à la suite des armées de La Fayette et aux savants français dont les livres ont fait si longtemps autorité de l'autre côté de l'Atlantique.

Nous aussi, nous devons aller porter le bon renom de la science française, à notre tour, et faire tous nos efforts pour assurer au Congrès de Saint-Louis une délégation française nombreuse avec des communications et des démonstrations.

Je vous propose donc que la Fédération dentaire nationale française envoie son adhésion au secrétaire du Comité d'organisation du

Congrès de Saint-Louis, le Dr Kirk, le professeur éminent et le doyen de l'Université de Pensylvanie et le directeur du plus important journal dentaire du monde, le *Dental Cosmos.*

Je vous propose également de constituer le Comité de propagande français du Congrès de Saint-Louis.

Dans une circonstance récente, nous avions fait appel au concours des confrères de la Société de stomatologie et des dentistes des Hôpitaux de Paris pour constituer le Comité de propagande de Congrès de Madrid. Ces deux Sociétés ont refusé de marcher d'accord avec nous, et nous n'avons eu que l'adhésion de l'American dental Club of Paris.

Je propose de ne pas renouveler cette tentative et, comme aujourd'hui, sont réunis ou doivent être réunis à Angers tous les représentants des Sociétés françaises, je propose de constituer le Comité de propagande français du Congrès de Saint-Louis en prenant dans ce but le Comité exécutif de la Fédération dentaire nationale avec son bureau, tel qu'il va être constitué à cette session, ce que nous pouvons faire par notre règlement, puisque l'article 1er dit que nous sommes l'union des diverses Sociétés françaises de dentistes et que l'article 11 porte que la F. D. N. a pour but les relations internationales de la corporation, et que l'organisation des Congrès nationaux et internationaux rentre dans ses attributions. Ce Comité aurait pour rôle de s'occuper, par la presse professionnelle, par circulaires et par tous moyens en son pouvoir, de faire de la propagande pour le Congrès de Saint-Louis, de recueillir les adhésions, les communications, les démonstrations, d'organiser la délégation française et serait le centre des renseignements utiles à tous les confrères de France.

Je propose également d'inviter l'American dental Club of Paris à désigner trois membres, dont l'un serait un des vice-présidents, l'autre un des secrétaires, le troisième un des membres du Comité et de donner le pouvoir au bureau du Comité ainsi formé de s'adjoindre des secrétaires et des membres, afin que toutes les Sociétés soient représentées et que toutes les bonnes volontés puissent trouver place dans le Comité.

## IV

Le voyage de Saint-Louis auquel je vous convie, parce que je crois utile que les dentistes français le fassent en grand nombre, sera des plus agréables, à cause de l'Exposition universelle de Saint-Louis, qui s'annonce comme un grand succès. Vous trouverez dans cette ville les échantillons des produits de toutes les races du monde et de la merveilleuse industrie des Etats-Unis et tout cela dans un pays presque français.

Il y a cent ans exactement que cette ville, alors naissante, fut cédée par nous, avec le reste de la Louisiane, pays découvert, exploré et livré à la civilisation par les plus aventureux enfants de notre race.

Il y avait alors sur cette rive du Mississipi, une poignée d'hommes, un millier au plus, et le dernier recensement, celui de 1900, donne à la ville plus de 600.000 habitants avec son faubourg d'Est Saint-Louis, sur l'autre rive du grand fleuve, dans l'Etat d'Illinois, avec lequel la ville communique par un pont de près de 2.000 mètres.

Malgré son immense surface, plus de deux fois l'étendue de Paris, cette ville, la quatrième des Etats-Unis par la population, n'est qu'un atome dans l'immense territoire sur lequel flottèrent le drapeau fleurdelisé de la vieille monarchie et pendant dix ans le drapeau tricolore. Pour être plus libre dans sa lutte contre l'Angleterre, Bonaparte céda ce trésor à la jeune république des Etats-Unis, maîtresse des ports de l'Océan et qui devait tôt ou tard l'absorber ; l'élément français s'est américanisé, mais il a laissé une trace profonde dans les générations actuelles et, sur bien des points, des noms français conservés aux cours d'eau et aux villes témoignent du passage de nos pères et de la part qu'ils prirent à l'ouverture du continent américain.

La langue de notre cher pays de France s'y est maintenue. Un cinquième environ des habitants, c'est-à-dire près de 300.000 blancs ou noirs, continuent à parler français.

Et pour tous ceux d'entre nous qui ne parlent pas les langues étrangères, et malheureusement ils sont nombreux, cette considération de visiter une Exposition merveilleuse, aux Etats-Unis, dans un milieu français, aura, j'en suis certain, un grand poids.

Nous ne devons pas, non plus, nous Français, nous désintéresser de cette Exposition, et il faut qu'on voie qu'il existe en France une Fédération de toutes les Sociétés dentaires.

Je vous propose donc d'y exposer, en tant que Fédération, et de charger votre bureau d'étudier à quelle classe cette exposition sera le plus profitable.

## V

Je vous prie de m'excuser, messieurs et chers confrères, si j'abuse un peu de votre patience. Je vais avoir bientôt terminé. Je dois, auparavant, vous dire que notre Fédération entretient avec les Fédérations dentaires des pays voisins des rapports excellents et suivis.

Nous avons reçu des invitations à nous rendre à la réunion annuelle de la British dental Association, mais malheureusement, nous avons dû décliner cette offre, car ceux d'entre nous qui voyagent rentraient à peine de Madrid.

Nous avons, de même, adressé des invitations à assister à la présente

réunion aux Présidents de la B. D. A. et à divers confrères des pays voisins, mais la plupart d'entre eux ont décliné l'invitation de notre Fédération à cause du grand voyage qu'ils avaient déjà fait.

Nous avons eu le plaisir d'assister, à Madrid, à la constitution de la Fédération dentaire espagnole et nous sommes dans les meilleurs termes avec ce groupement. De même, nous entretenons les relations les plus cordiales, grâce à la F. D. I. qui nous donne l'occasion de nous rencontrer avec les présidents ou les représentants des principales Fédérations ou Sociétés étrangers, avec les Allemands, les Suisses, les Suédois, les Norvégiens, les Russes mêmes.

Ces bons rapports ont une grande utilité et une grande importance, car ils maintiennent le bon renom des dentistes français et une grande quantité d'élèves étrangers viennent dans nos Ecoles apprendre leur profession et vont ensuite porter dans toute l'Europe le souvenir des années passées avec nous. Ces rapports facilitent l'organisation des Congrès, assurent la solidarité et la confraternité et nous obligent les uns et les autres à voir ce qui se fait dans les pays voisins et à nous tenir un peu au courant des principaux progrès de la science dentaire à l'étranger, surtout en Europe.

Ces rapports sont dus principalement, comme je le disais, à la F. D. I. dont la Fédération dentaire nationale est une partie, et ne peuvent être maintenus qu'à condition de s'occuper uniquement, dans les discussions si vives qui ont lieu parfois, des grandes lignes, des principes, des idées générales et généreuses, en évitant soigneusement toute question de nationalité ou de personnalité.

Aussi les relations les plus cordiales se sont-elles établies entre la plupart d'entre vos délégués et les représentants étrangers.

La confraternité a créé la camaraderie, la camaraderie a amené des rapports plus fréquents, et cette camaraderie, répétée pendant plusieurs sessions, s'est transformée en amitié.

Cette création de la Fédération dentaire internationale a donc amené l'entente cordiale et l'amitié réciproque d'hommes qui se connaissaient à peine de nom avant 1900, parce qu'ils se sont appréciés les uns les autres et qu'ils se sont toujours rencontrés lorsqu'il s'agissait d'humanité et de science.

C'est seulement en effet sur des principes généraux et sur des idées libérales que l'union professionnelle peut se faire et c'est pourquo nous devons éviter dans le programme et dans les discussions des affaires professionnelles tout ce qui peut susciter une rivalité de groupements ou de personnes. La désunion s'ensuivrait, en effet, par suite des paroles exagérées des uns ou des autres,— et nous manquerions à la première raison d'être des Fédérations, qui est l'union des Sociétés entre elles et à la raison d'être, au but de la Fédération dentaire nationale — qui est l'union des dentistes français pour l'avenir de la pro-

fession dans notre pays, l'union qui fait la force, tandis que la discorde amène la chute des meilleures institutions.

### Propositions contenues dans le rapport du secrétaire général.

1° La réunion simultanée de la Section d'Odontologie de l'Association pour l'avancement des sciences et de la Fédération dentaire nationale a comme titre :

*Réunion annuelle des dentistes français.*

2° La F. D. N. accrédite auprès de la F. D. I. les mêmes délégués et leur donne le même mandat ;

3° Le bureau de la F. D. N. est chargé de désigner les membres qui doivent être vice-présidents ou secrétaires de certaines commissions de la F. D. I. ;

4° La F. D. N. accepte la cotisation de 100 fr. pour sa participation à la F. D. I. ;

5° La Fédération dentaire française adhère au Congrès de Saint-Louis ;

6° La F. D. N. crée un Comité de propagande français pour le Congrès de Saint-Louis ;

7° Ce Comité a pour bureau celui qui sera nommé à la session de la F. D. N. à Angers, plus un vice-président et un secrétaire désignés par l'A. D. C. of Paris et comme membres les membres du Comité exécutif de la F. D. N., plus un membre désigné par l'A. D. C. of Paris.

Le bureau du Comité de propagande est autorisé à s'adjoindre des secrétaires et des membres ;

8° La F. D. N. décide d'exposer à l'Exposition de Saint-Louis et charge son bureau des détails d'exécution de cette décision.

Après quelques observations formulées par *MM. Martinier, Godon* et *Roy*, le rapport de M. Sauvez est mis aux voix et adopté.

*M. Blatter*, secrétaire adjoint, donne lecture de son rapport.

## Rapport du secrétaire adjoint.

Chers confrères,

La quatrième session de notre assemblée générale de la Fédération dentaire nationale s'est ouverte à Paris, le 18 avril de cette année à l'Ecole Odontotechnique en présence d'un très petit nombre d'adhérents.

M. Godon, notre distingué président, avait pour raison de santé, délégué la présidence aux vice-présidents, MM. Viau et Siffre.

Le secrétaire général, M. Sauvez, qui devait traiter sous un point de vue d'ensemble les rapports de la Fédération dentaire nationale avec la Fédération internationale, mais qui était parti pour organiser le Congrès international de médecine de Madrid (Section d'Odontologie), avait cru devoir, avec l'assentiment du bureau, s'en remettre au secrétaire adjoint du soin de rédiger et de présenter le rapport ordinaire de notre assemblée.

A la suite de cette première mission, j'en ai reçu une seconde, qui est de relater, le plus brièvement possible, à l'intention des confrères qui n'y auraient pas pris garde, les rapports et les conclusions présentés et les décisions prises à la session d'avril.

Enfin, le bureau m'a également chargé de vous soumettre quelques nouvelles modifications à apporter au règlement qui nous régit en vous demandant de leur faire un accueil favorable.

Chers confrères, je vous fais grâce de tout préambule et je commence ma succincte énumération.

*
* *

1° Modifications apportées au règlement durant la dernière assemblée générale de Paris.

*a*) Il a été décidé à l'unanimité, sur la proposition du bureau, que l'assemblée générale annuelle de la Fédération dentaire nationale coïncidera avec le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui se tient chaque année dans une ville de France. (Adjonction à l'article 5 du règlement.)

*b*) Qu'il sera procédé dans cette assemblée générale à la nomination du bureau. (Adjonction à l'article 9 du règlement.)

*c*) Que son président sera renouvelé tous les ans. (Adjonction à l'article 9 du règlement.)

*
* *

2° M. Papot a demandé que le bureau soit chargé de préparer une modification à l'article 9 du règlement en prévoyant un bureau régional indépendant du bureau central. Les lieux de réunion de l'A. F. A. S. sont connus un an à l'avance : on pourra donc faire entrer dans le bureau régional tous les dentistes de la région. Ainsi, il sera donné satisfaction aux dentistes de province en général et à ceux de la région en particulier.

Cette proposition a été adoptée à l'unanimité.

3° A la suite du rapport de M. Stévenin, trésorier de la F. D N., il a été décidé que chaque société fédérée versera, pour l'exercice 1903-1904, 10 francs par délégué ;

*
* *

4° La création, par le bureau, d'un poste de secrétaire-archiviste a été ratifiée par l'assemblée ; en conséquence, M. Papot a été nommé dans cette fonction.

*
* *

5° Rapport sur l'enseignement médical par M. Siffre.

Les conclusions du rapporteur ainsi formulées, ont été adoptées :

« La F. D. N. réunie en assemblée générale le 18 avril 1903, à l'Ecole Odontotechnique, sur la proposition du Dr Siffre, crée une commission spéciale, pour l'étude de l'enseignement médical à donner aux élèves chirurgiens-dentistes. Cette commission sera composée de deux membres désignés par chacune des Ecoles dentaires faisant partie de la F. D. N. et d'un membre désigné par la Commission d'enseignement de la F. D. N. »

*
* *

6° Rapport sur l'enseignement technique de l'étudiant en dentisterie, par M. Roy.

L'ensemble des conclusions de ce rapport a été adopté, savoir :

*Première résolution.*

La possession de connaissances manuelles serait une chose désirable préalablement aux études techniques ; néanmoins, à leur défaut, les Ecoles devront organiser l'enseignement de la première année d'études de façon à donner aux élèves pendant cette année :

1° Les connaissances manuelles préliminaires indispensables à l'étude de la prothèse ;

2° Des notions élémentaires sur la constitution, la formation, les maladies et le traitement des organes qu'ils auront à traiter par la suite ;

3° Un enseignement pratique gradué de la dentisterie opérative sur l'appareil fantôme.

*Deuxième résolution.*

A. L'enseignement technique doit comprendre des cours théoriques et pratiques :

1° Anatomie, histologie et physiologie dentaires, normales et pathologiques ;

2° Pathologie dentaire ;

3° Thérapeutique dentaire ;

4° Dentisterie opératoire ;

5° Prothèse ;

6° Orthodontie ;

7° Pathologie et chirurgie buccale ;

8° Anesthésie.

B. Les cours pratiques doivent comprendre :

1° Dentisterie opératoire ;

2° Clinique dentaire ;

3° Prothèse au laboratoire ;

4° Prothèse clinique ;

5° Clinique stomatologique ou de chirurgie buccale ;

6° Clinique d'anesthésie.

C. Ces différents cours théoriques et pratiques doivent être répartis sur les quatre années d'études suivant un programme gradué.

D. Pour assurer le contrôle des travaux pratiques, les élèves doivent être tenus d'exécuter chaque année un nombre minimum d'opérations des diverses catégories et un nombre minimum d'appareils.

*
* *

7° Rapport sur l'hygiène dentaire, par M. Heïdé.

Le rapport de M. Heïdé a donné lieu à une longue discussion ; il a été reconnu comme insuffisamment développé et étudié par tous les membres présents et l'assemblée a adopté, à l'égard du rapporteur, l'ordre du jour suivant :

La F. D. N., regrettant qu'aucun rapport ne lui soit présenté par M. Heïdé, qui en avait reçu mandat au nom de la Commission d'hygiène, charge *M. Papot* de soutenir auprès de la F. D. I. à Madrid, la résolution suivante :

La proposition de M. Roy résultant de ce vote a été ratifiée ; elle est conçue en ces termes :

« La F. D. N. émet le vœu que la Commission d'hygiène de la F. D. I. insiste auprès des divers gouvernements sur la nécessité d'organiser les services d'hygiène dentaire publique sur des bases sérieuses dans les écoles, dans l'armée, et dans les divers services d'assistance publique. »

*
* *

8° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, représenté par M. Stévenin, a formulé un vœu aux termes duquel les dentistes cesseraient d'employer des opérateurs non diplômés et patentés. Le vœu a pour but de porter une atteinte sérieuse aux bazars dentaires. Les dentistes qui auraient besoin d'opérateurs concluraient des associations avec leurs confrères.

Le vœu qui suit a été adopté :

« La Fédération dentaire nationale invite les dentistes à ne pas employer d'opérateurs n'ayant pas le droit d'exercice légal en France. »

*
* *

9° Viennent ensuite plusieurs vœux déposés par M. Brodhurst, délégué de l'Association des dentistes du Centre.

Ces vœux ont été émis en assemblée générale du 3 septembre 1902 à Vichy sous la présidence de M. Delair :

1° Que les élèves ne puissent commencer leurs études dans les Écoles dentaires avant l'âge de 17 ans ;

2° Que l'étude de la prothèse soit plus largement faite et qu'à la fin de leurs études les élèves ne puissent obtenir le diplôme d'une École dentaire que sur la présentation d'un certificat effectif de stage mécanique chez un praticien, comme cela se fait pour les pharmaciens ;

3° Que les études des Écoles dentaires puissent se scinder en deux parties, afin de permettre aux élèves en cours d'études appelés sous les drapeaux de terminer leur quatrième année en revenant du service ;

4° Que les élèves d'une École dentaire et les chirurgiens-dentistes diplômés au service militaire ou dans une période d'instruction de vingt-huit ou de treize jours soient autorisés à suivre la consultation, assimilés aux étudiants en médecine et versés dans une section d'infirmiers ;

5° Que les docteurs s'occupant d'art dentaire fassent un stage d'au moins deux ans dans une École dentaire.

Le premier et le cinquième vœu seuls ont été adoptés.

*
* *

Voilà, mes chers confrères, dans leur ordre, les propositions, les résolutions et les vœux adoptés par l'assemblée générale de la F. D. N. d'avril.

Le bureau actuel soumet à l'assemblée diverses adjonctions et modifications apportées au règlement en vigueur.

Il vous propose que le Comité central et exécutif de la F. D. N. soit constitué de la façon suivante :

1° Un bureau central et exécutif nommé par l'assemblée générale de la F. D. N. coïncidant avec le Congrès de l'A. F. A. S. Le bureau central du Comité exécutif doit être de la région parisienne ;

2° Un bureau régional nommé parmi les adhérents de la région désignée comme siège du prochain Congrès de l'A. F. A. S.

Le bureau central et exécutif est chargé de la direction de l'administration générale de la F. D. N. et de la publication des travaux.

Le bureau régional sera chargé de l'organisation matérielle et locale de la F. D. N., il agira parallèlement à celui du Comité régio-

nal de l'A. F. A. S. et le déchargera de l'organisation complexe des démonstrations.

Le bureau local favorisera et développera les relations entre les confrères de même région et provoquera de leur part une émulation salutaire pour la bonne réussite de nos réunions de province.

Enfin, une dernière proposition du bureau qui a été portée sur l'ordre du jour est ainsi libellée :

Un président est nommé à chaque session et est choisi parmi les membres de la région.

On me permettra d'ajouter un mot très bref, mais très nécessaire touchant le petit nombre de membres parisiens présents à la réunion d'avril et de l'absence des sociétés de province, qui ont pourtant la facilité de se faire représenter par leurs collègues.

Il y a lieu, en effet, de regretter vivement l'indifférence de beaucoup de nos confrères pour des manifestations dont l'intérêt et l'utilité professionnelle ne sont cependant pas douteux ; il y a là un mal grave que je tiens à vous signaler et à dénoncer bien haut. Cacher le mal ne sert à rien ; le bien voir et y porter un remède énergique immédiat, c'est le parti de la sagesse.

La Fédération nationale forme des liens étroits entre les membres d'une même famille et permet de discuter les intérêts généraux de la profession. Elle permet de s'entendre pour l'unification des études et des méthodes d'enseignement dans nos différentes écoles françaises. Elle fait sentir plus fortement encore son heureuse influence dans les questions où nos intérêts doivent être débattus avec les pouvoirs publics, pour exposer et défendre ces intérêts auprès du pouvoir législatif.

La Fédération dentaire internationale a-t-elle le droit d'exister si les Fédérations dentaires nationales négligent les intérêts professionnels nationaux ?

Je ne le pense pas.

Il faut, mes chers confrères, que notre Fédération dentaire nationale reprenne son essor, qu'elle fasse honneur d'abord à la France et brille auprès de la Fédération dentaire internationale par son rôle prépondérant.

Que nos confrères de Paris, que nos confrères de province me permettent de faire un chaleureux appel à leur esprit d'activité, de solidarité et de bonne confraternité.

Le rapport de M. Blatter est adopté, après les modifications et adjonctions suivantes au règlement intérieur.

I. Le président du Comité exécutif de la F. D. N. est nommé pour un an et est rééligible.

II. Le bureau du Comité exécutif doit être de la région parisienne.

III. Il est créé, tous les ans, un bureau régional destiné à organiser la session provinciale de la F. D. N.

IV. Le président du bureau régional de la F. D. N. sera nommé à chaque session et choisi parmi les membres de la région.

V. S'il existe dans la région une société professionnelle affiliée à la F. D. N., le président du bureau régional se mettra en rapports avec elle pour constituer le bureau.

VI. Dans le cas contraire, il provoquera une réunion des dentistes de la région pour constituer son bureau.

*M. Stévenin*, trésorier, n'ayant fourni aucun rapport, le bureau est chargé par l'assemblée d'adopter et de vérifier le rapport qui lui sera soumis par le trésorier de la F. D. N.

*M. Sauvez* donne lecture du rapport suivant sur l'hygiène dentaire.

## Rapport de M. Sauvez sur l'hygiène.

Messieurs,

A la session de Madrid, en avril 1903, la Commission d'hygiène, réunie sous la présidence de M. Jenkins d'abord, puis du professeur Miller, a examiné le rapport de M. Heïdé au sujet du travail très important présenté l'année dernière par M. Frank, de Vienne, au nom de la sous-commission Frank, Cunningham et Förberg. Ce rapport, ainsi que le résumé présenté par M. Heïdé, attirait l'attention des pouvoirs publics sur l'importance qu'il y aurait à s'occuper des soins à donner aux dents des écoliers, des soldats, des ouvriers industriels et d'une façon générale, de l'assistance dentaire aux pauvres des hôpitaux.

Cette Commission, après avoir fait étudier cette question par une sous-commission dont j'eus l'honneur de faire partie, se mit d'accord et adopta les conclusions suivantes :

La Commission internationale d'hygiène de la F. D. I., considérant :

1° Que dans la plupart des pays du monde, les gouvernements se sont peu préoccupés des soins dentaires, quoiqu'on remarque d'une manière générale une tendance à une amélioration de ce fâcheux état de choses, au point de vue de la santé publique ;

2° Que l'initiative privée a dans presque tous les pays d'Europe assumé la charge de cette partie de l'hygiène publique en procédant à la création de nombreux services d'examen et de traitement généralement gratuits et dus le plus souvent à la générosité des Ecoles et des Sociétés dentaires ;

3° Qu'il y a lieu d'appeler à nouveau et d'une manière constante l'intervention des pouvoirs publics et des diverses administrations officielles notamment en envoyant des rapports approuvés par la Commission d'hygiène internationale sur la nécessité d'organiser des services dentaires distincts d'inspection et de traitement pour les enfants des écoles et les indigents adultes, les ouvriers industriels, agricoles, les soldats des armées de terre et de mer.

Emet le vœu que :

1° Dans les écoles d'enseignement primaire et secondaire, tant publiques que privées, il soit créé des services dentaires comme constituant une partie essentielle de l'hygiène scolaire et que l'inspection soit au moins semestrielle ;

2° Que les notions d'hygiène dentaire soient comprises dans l'enseignement élémentaire de l'hygiène générale ;

3° Que cette inspection des dents des enfants soit faite dès leur entrée à l'école comme le moyen le plus efficace de conserver la seconde dentition et autant qu'il est possible dès l'âge de 7 ans ;

4° Que, en considération de ce que la force d'une armée résulte des conditions hygiéniques dans lesquelles elle se trouve, il soit fait tous les efforts possibles pour organiser un service régulier dans les armées de terre et de mer, assuré par des dentistes sous la direction du Service de santé.

Comme vous le voyez, la Commission n'a pu s'occuper que des écoliers et des soldats.

La Fédération dentaire française avait également chargé M. Papot, à la place de M. Heïdé, d'apporter la proposition suivante :

« La F. D. N. française émet le vœu que la F. D. I. agisse auprès des divers gouvernements pour qu'ils organisent les services dentaires d'une façon satisfaisante dans les écoles, les armées et les divers services d'assistance publique. »

Je viens de vous mettre, messieurs, au courant des décisions de la Commission d'hygiène internationale et des vœux de la Fédération française. C'est en quelque sorte là que doit se limiter mon action. Je n'ai pas en effet accepté d'être chargé d'un rapport sur ce sujet.

A la session d'avril 1903, à Paris, M. Heïdé, qui était désigné pour ce poste de rapporteur, ne s'est pas présenté parce qu'il partait pour Madrid et vous avez chargé M. Papot de porter à Madrid les desiderata de la Fédération.

J'ai accepté, il y a quelques jours, comme secrétaire général de la Fédération, de vous mettre au courant de la situation présente pour examiner avec vous ce qu'il y aurait à faire, car cette question de l'hygiène dentaire est de la plus haute importance et ne doit pas être négligée. Il existe, comme vous le savez, une Commission d'hygiène

et des services dentaires publics de la F. D. N. qui est composée des membres suivants :

MM. Ducournau, Hivert, Lemerle, Viau, Siffre, Stévenin, Seigle de Bordeaux et Vichot de Lyon, le président et le secrétaire général de la Fédération.

Je propose de réunir à part les membres de cette Commission présents à Angers, auxquels on pourrait adjoindre d'autres membres pour constituer le bureau de la Commission, étudier la situation actuelle et nommer un rapporteur avec mission de présenter, soit à cette session, ou mieux à une session ultérieure, un rapport sur l'hygiène, en tenant compte des desiderata de la F. D. N. et des indications générales données par la F. D. I. Ce rapporteur étudierait le rapport présenté par Frank, de Vienne et les différents travaux et rapports sur les questions d'hygiène, entre autres les rapports de MM. Godon, Monnin, Lemerle, sur les soins à donner aux soldats, et Cunningham, Röse, Förberg, etc., sur l'assistance dentaire en général. Il verrait ensuite les mesures à proposer à la Commission, et l'assemblée générale de la F. D. N. les discuterait, les accepterait et les transmettrait aux pouvoirs publics.

L'hygiène dentaire ne doit pas être négligée par les dentistes, de même que l'hygiène générale n'est pas négligée par les médecins.

Quelles que soient nos idées politiques ou philosophiques, nous nous trouverons toujours d'accord sur ce point et nous rendrons service à la société. Ceci suffit pour que nous attachions toute notre attention à travailler dans cette voie.

Disraeli a exprimé d'une façon concise toute l'importance de l'hygiène en disant : « La santé publique est la base sur laquelle reposent le bonheur du peuple et la puissance d'un pays. Le soin de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat. »

Comme vous le comprendrez sans peine, la F. D. I. n'a pu préciser plus qu'elle l'a fait les divers points relatifs à l'assistance dentaire ; il ne faut pas oublier que, dans certains pays, une organisation parfaite existe, tandis que dans d'autres elle n'existe même pas à l'état rudimentaire et, entre ces deux extrêmes, il y a place pour tous les moyens. La F. D. I. ne peut, pour l'hygiène, comme pour l'enseignement, que borner son action à des indications générales acceptables par tous les pays, les plus avancés comme les plus retardataires. C'est ensuite aux Fédérations nationales qu'il appartient de voir la façon la plus pratique d'appliquer les données.

Je vous propose donc, pour me résumer :

1° D'adopter dès à présent les vœux émis par la F. D. I. au sujet des écoles et des armées, de les faire nôtres, et de les transmettre par tous les moyens possibles, aux pouvoirs publics de notre pays, particu-

lièrement aux Ministères de l'Instruction publique et de la Guerre ;

2° De fixer une réunion de la Commission et de lui adjoindre des membres de bonne volonté, en demandant à cette Commission, après s'être constituée, de désigner un rapporteur chargé d'étudier particulièrement les modifications à apporter aux vœux émis par la F. D. I. dont je vous ai donné lecture et d'une façon générale l'assistance dentaire pour les indigents et pour les ouvriers industriels et agricoles ;

3° De charger la Commission d'hygiène de la Fédération dentaire nationale d'organiser dans notre pays, tant à Paris qu'en province, des conférences de vulgarisation sur l'hygiène dentaire, dans les Ecoles et les Sociétés de bienfaisance comme le moyen le plus efficace de lutter contre la carie.

Le rapport de M. Sauvez ne soulève aucune discussion, est mis aux voix et adopté.

*M. Roy* déclare que toutes les conclusions de son rapport sur l'enseignement, présentées à la session d'avril à Paris ont été adoptées et ratifiées par la F. D. I. à Madrid. Quelques adjonctions cependant ont été faites à ses conclusions, mais sans importance.

*M. Papot* donne lecture de son rapport sur la *Revue internationale.*

## Rapport de M. Papot sur la « Revue internationale ».

Messieurs,

Tous ceux d'entre nous qui ont la préoccupation d'augmenter leur bagage scientifique, en tentant de lire tout ce qui est publié relativement à notre profession, savent quel temps considérable ils doivent dérober à leurs trop courts instants de loisir, non pour réaliser complètement leur désir, cela serait impossible, mais pour le satisfaire dans une certaine mesure.

Les journaux, brochures, ouvrages publiés en toutes langues et traitant de la science qui nous est chère sont fort nombreux et chacun de nous a pu déplorer souvent qu'il n'existe pas un répertoire, sériant la nature des travaux et permettant au travailleur appelé par une observation de pratique à creuser un sujet, de trouver rapidement l'indication des travaux parus successivement sur ce même sujet.

M. Förberg, notre distingué confrère de Stockholm, frappé de ces inconvénients et voulant y mettre un terme, fit à la Fédération dentaire internationale, lors de sa réunion en 1902, la proposition dont je vais vous donner lecture :

« Il est un fait certain, c'est que la plus grande partie de la littérature classique a été perdue et que nous devons au hasard de posséder le peu qui a été épargné. Il n'en est pas de même cependant de la littérature moderne,

car les écrits de valeur de nos jours sont noyés parmi des masses d'ouvrages qu'il aurait mieux valu ne jamais imprimer. Si nous considérons, en effet, que chaque année environ 22.000 volumes, pour ne pas parler des journaux et brochures, sont envoyés à Paris, à la Bibliothèque nationale, nous pouvons nous faire une idée de l'énorme quantité de littérature produite par les auteurs du monde entier.

» En littérature dentaire, des journaux dentaires, trimestriels, mensuels ou hebdomadaires sont publiés. Pour ma part, je souscris à 20 de ces journaux périodiques de langues différentes, et le nombre de journaux qui ont ainsi paru cette année occupe un espace d'environ 1 mètre dans ma bibliothèque. Il est naturellement absolument impossible de trouver le temps de parcourir tous ces journaux et il se peut très bien aussi que l'on passe les articles les plus importants. D'autre part, il arrive souvent qu'après avoir lu attentivement en entier un de ces journaux, on se demande : Qu'est-ce qu'il y a au fond de tout cela ?

» Cette surabondance de littérature, ajoutée à la connaissance imparfaite des langues, est souvent la raison pour laquelle la plupart de nos meilleurs écrivains ignorent des questions qui ont déjà été traitées maintes et maintes fois dans les journaux étrangers. Cette ignorance des questions déjà publiées fréquemment produit non seulement des querelles parfaitement inutiles relativement à la priorité, mais, ce qui est plus important, cause aussi une perte de travail inestimable.

» On a cherché, il est vrai, à remédier à cet état de choses. La plupart de nos journaux périodiques contiennent souvent de très bonnes revues des ouvrages récemment publiés, mais il est naturellement impossible aux auteurs de ces revues de parcourir ce flot de littérature dentaire de toutes les parties du monde, et, par conséquent, il est très probable que ces revues ne contiennent pas les parties les plus importantes des publications.

» Je trouve que cette question a une si grande importance que je propose une discussion à ce sujet, et je pense que la F. D. I. est le terrain le plus approprié pour semblable discussion. Je ne suis pas prêt pour le moment à vous exposer un projet défini pour résoudre cette question, mais il me semble, pour ma part, qu'une solution pourrait être obtenue si, dans chaque pays, on désignait une commission chargée de publier des rapports périodiques sur la littérature odontologique la plus importante publiée récemment dans ce pays. Ces rapports pourraient être envoyés à un Comité central de publication qui les publierait dans une Revue dentaire universelle imprimée en deux ou plusieurs langues des plus répandues en Europe.

» Peut être que le *Bulletin de la Fédération* pourrait être augmenté et employé dans ce but et ainsi la Fédération, qui est déjà le lien unissant tous les dentistes du monde entier, et qui tient jusqu'à un certain point entre ses mains la destinée de l'art dentaire, pourrait être le moyen de créer un travail qui constituerait l'histoire universelle de la science dentaire

» Je soumets, en conséquence, cette proposition à votre attention. »

Le conseil de la Fédération, frappé des avantages que réaliserait l'heureuse exécution de cette proposition, en renvoya l'étude à la session de 1903 à Madrid, où fut nommée une commission composée de :

| | | |
|---|---|---|
| MM. | Aguilar | (Madrid). |
| | Förberg | (Stockholm). |
| | Harlan | (Chicago). |
| | Papot | (Paris). |
| | Weiser | (Vienne). |

Après l'examen approfondi de cette proposition, qui a été envisagée sous toutes ses faces, la Commission de la Presse internationale s'est ainsi constituée :

*Président :* M. Förberg.
*Vice-président :* M. Harlan.
*Secrétaire :* M. Papot.
*Membres :* MM. Aguilar, Weiser, plus les autres membres du Comité exécutif.

Elle a adopté les résolutions suivantes :

1° Afin d'assurer dans chaque pays la publication d'une analyse des travaux du monde entier, la Commission propose la création d'une *Revue analytique universelle ;*

2° Cette publication formera le complément du *Bulletin* actuel de la Fédération ;

3° Dans les pays où il existe un journal officiel d'une Fédération dentaire nationale, celui-ci sera proposé comme correspondant ;

4° Dans ceux où il n'en existe pas, les membres de la Commission proposeront eux-mêmes, pour leur pays respectif, le journal ou un secrétaire correspondant, qui, à leurs yeux, offrira le plus de garanties ;

5° Chacun des journaux ayant adhéré aura à envoyer trimestriellement à Paris, au bureau central, en sa langue nationale, un résumé de quelques lignes de chaque travail original paru dans son pays, ou de chaque article lui paraissant digne d'intérêt ;

6° Ces résumés, traduits en français, par les soins du bureau central, seront envoyés en épreuves à chacun des journaux correspondants à charge par eux de les publier dans leur langue nationale, à peu près vers la même époque ;

7° Le bureau central aura le droit de faire les coupures qu'il jugera nécessaires ;

8° L'échange sera fait entre tous les journaux correspondants et ils devront envoyer au bureau central un tirage à part de vingt exemplaires de cette *Revue analytique universelle* trimestrielle.

Ces résolutions ayant été transmises au conseil de la F. D. I., celui-ci décida, sur la proposition de M. Godon, de ne pas discuter l'organisation du travail de cette commission et de laisser à son président, M. Förberg, et aux divers membres le soin de prendre les mesures nécessaires pour assurer l'organisation de ces décisions.

Dans le rapport qu'il fit à la Société d'Odontologie, à son retour de Madrid, notre ami Roy rendant compte de la session de la F. D. I. prononçait les paroles suivantes que je ne saurais mieux faire que de lui emprunter :

« On voit toute l'importance et tout l'intérêt de l'œuvre entreprise par la Commission de la Presse internationale ; si, comme nous l'espérons fermement, la Commission réussit dans la tâche considérable qu'elle s'est assignée, — et, grâce à la division du travail qu'elle a combinée, cela est parfaitement possi-

ble, — la F. D. I. aura fait pour le progrès de l'art dentaire une des choses les plus notables qu'il soit possible de faire en matière de publication.

« Le seul fait d'avoir conçu cette belle entreprise constitue pour la Fédération et pour l'auteur de la proposition initiale un précieux titre de gloire, et si la F. D. I. peut la mener à bien, on pourra dire *qu'elle aura bien mérité de la science dentaire.* »

Il me reste, messieurs, à vous demander d'approuver le programme de la Commission de la Presse internationale et de lui apporter votre appui et vos encouragements.

Le rapport de *M. Papot,* qui ne donne lieu à aucune discussion, est mis aux voix et adopté.

Au nom de l'Association des dentistes du Centre *M. Brodhurst*, secrétaire général, présente un rapport dont les conclusions sont ratifiées par l'assemblée.

PROPOSITIONS DIVERSES (vœux).

*M. Siffre* propose que la Commission d'hygiène de la F. D. N. se mette en rapports avec le prochain Congrès de l'hygiène de l'enfance pour y faire valoir et soutenir ses conclusions.

Cette proposition est adoptée.

Une commission composée de quatre membres est déléguée auprès de ce congrès : MM. Delair, Page, Siffre, Rozenbaum sont élus.

*M. Delair*, président de l'Association des dentistes du Centre-Ouest, émet le vœu suivant :

« Que les enfants assistés des départements de l'Allier, de la Nièvre et du Puy-de-Dôme soient soumis à des soins dentaires. Qu'il soit fait, dans ce but, des démarches par la F. D. N. auprès de l'Assistance publique. »

Un vœu de M. Lallement, de Nevers, est renvoyé au bureau.

*M. Brodhurst* dépose le vœu suivant, qui est adopté :

« Que les chirurgiens-dentistes exerçants puissent se faire remplacer soit en cas de maladie, soit en cas d'absence par des étudiants en dentisterie possédant un certain nombre d'inscriptions et autorisés à exercer par approbation et déclaration à la préfecture du chef-lieu où le dentiste est installé, comme cela se produit pour les remplacements des docteurs en médecine.

*M. Siffre* demande qu'il soit voté des remerciements aux dentistes d'Angers pour leur brillante réception.

De vifs applaudissements accueillent la proposition de M. Siffre.

ÉLECTION DU BUREAU POUR L'EXERCICE 1903-1904.

*M. Godon*, président sortant de la F. D. N., décline la présidence pour des raisons de santé.

Malgré l'insistance de tous les membres auprès de lui, *M. Godon* regrette de ne pouvoir accéder à leurs désirs. M. Godon est heureux de voir un autre occuper le fauteuil présidentiel. Il remercie l'assemblée de la marque de sympathie dont il vient d'être l'objet.

Par acclamation, M. Godon est nommé président d'honneur de la F. D. N. (*Applaudissements prolongés.*)

Le scrutin auquel il est procédé donne les résultats suivants :

| | | |
|---|---|---|
| *Président :* | M. Sauvez......... | 13 voix. |
| *Vice-président :* | M. Viau........... | 12 — |
| » | M. Siffre........... | 16 — |
| *Secrétaire général :* | M. Papot.......... | 12 — |
| *Secrétaire adjoint :* | M. Blatter......... | 14 — |
| *Trésorier :* | M. Martinier....... | 12 — |

La séance est levée à 6 h. 1/2.

*Séance du samedi 8 août.*

Présidence de M. Godon, président d'honneur.

Séance ouverte à 11 heures au Lycée David, d'Angers.

*M. Papot*, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. Martinier déclinant les fonctions de trésorier.

M. Delair est nommé trésorier de la F. D. N. par acclamation.

Le bureau suivant est définitivement constitué :

| | |
|---|---|
| *Président :* | M. Sauvez. |
| *Vice-président :* | M. Viau. |
| » | M. Siffre. |
| *Secrétaire général :* | M. Papot. |
| *Secrétaire adjoint :* | M. Blatter. |
| *Trésorier :* | M. Delair. |

La séance est levée à 11 h. 1/4.

*Le secrétaire adjoint,*
Blatter.

---

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE FRANÇAISE




PARIS, 45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

### ADHÉRENTS

GROUPES PROFESSIONNELS, ÉCOLES, SOCIÉTÉS ET JOURNAUX

*Paris.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris,* 45, rue de La Tour-d'Auvergne :

1. Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.
2. Société d'Odontologie de Paris.
3. Association générale des dentistes de France.
4. Journal, *L'Odontologie.*

2° *Groupement professionnel de l'École odontotechnique,* 5, rue Garancière :

1. Association de l'École odontotechnique.
2. Société odontologique de France.
3. Chambre syndicale de l'Art dentaire.
4. Journal, *Revue odontologique.*

3° *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France,* 46, rue Lafayette :

1. Syndicat.
2. Journal, *Bulletin du Syndicat.*

4° *Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis,* 5, rue Garancière.

*Province.*

1° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Lyon,* 20, quai de la Guillottière (Lyon) :

1. Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Lyon.
2. Société d'Odontologie de Lyon.

2° *Association des dentistes du Rhône et de la région,* 2, rue Saint-Joseph (Lyon).

3° *Groupement professionnel de l'École dentaire de Bordeaux,* 226, rue Sainte-Catherine, Bordeaux.

4° *Société des dentistes du Sud-Ouest,* 10, place Fondandège, Bordeaux.

5° *Association odontologique de Bordeaux,* 32, Cours de Tourny, Bordeaux.

6° *Société des dentistes du Midi,* 55, rue Alsace-Lorraine, Toulouse.

7° *Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais,* 9, rue Nationale, Lille.

8° *Syndicat dentaire du Centre-Ouest,* 68, boulevard Rochechouart, Paris.

9° *Association des dentistes de l'Est,* 33, rue de la Préfecture, Dijon.

15-VI-04 N° 12

La Revue Internationale
BULLETIN DES FÉDÉRATIONS ET DES CONGRÈS

## RÉUNION DU CONSEIL EXÉCUTIF DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

*Session du 9 au 26 avril 1904.*

Ont pris part à la session : MM. Aguilar, de Madrid ; Cunningham, de Cambridge ; Godon, de Paris ; Miller, de Berlin ; Sauvez, de Paris.

M. Godon, président, fait connaître que la session commencée le samedi 9 avril se continuera le 16, le 22 et le 26, de façon à permettre l'étude la plus complète possible des questions à l'ordre du jour.

Le procès-verbal de la réunion du 3 janvier 1904 est mis aux voix et adopté.

M. Sauvez donne ensuite lecture de lettres d'excuses de MM. Förberg, Hesse, Klingelhöfer et Weiser. M. Förberg prie M. Aguilar de le représenter.

M. Cunningham fait part des excuses que M. Grevers, d'Amsterdam, l'a chargé de présenter au Conseil.

M. Sauvez annonce que M. Klingelhöfer a envoyé une circulaire en allemand au sujet d'une Société de prévoyance en cas de décès, fondée par les dentistes russes.

M. Klingelhöfer a indiqué également dans sa lettre que le prochain Congrès national russe aura lieu en juillet 1905, à Saint-Pétersbourg, et le bureau décide d'annoncer ces nouvelles dans le *Bulletin de la F. D. I.*

M. Förberg, dans sa lettre d'excuses, annonce qu'il accepte de faire pour le Congrès de Saint-Louis le rapport sur la Presse internationale. Il fait part de la mort du Dr Sandstedt et de son remplacement par le Dr Carl Skogsborg comme membre du Comité national suédois et délégué de la F. D. I. et au Congrès de Saint-Louis.

M. Godon présente les épreuves des comptes rendus officiels de la session de Madrid qui sont à peu près terminés.

M. Aguilar, trésorier, fait connaître l'état des comptes.

Au 1er janvier, toutes dépenses calculées, le trésorier annonçait que la F. D. I. redevait 2.200 fr.

La publication des comptes rendus officiels pourra se faire pour 555 fr. environ, ce qui fait une dépense de 2.755 fr.

Il avait été décidé, à la séance du 3 janvier, que chaque membre du bureau paierait personnellement les dépenses de la F. D. I. auxquelles l'obligerait sa fonction, afin de ne pas augmenter le déficit.

Il résulte de ce qui précède que l'exercice de 1904 se soldera par un déficit d'environ 3.000 fr. au plus, y compris la publication des comptes rendus officiels du Congrès de Madrid, lequel déficit serait présenté à la Commission d'organisation du Congrès de Saint-Louis. En attendant, MM. Aguilar, Godon et Sauvez garantissent le paiement de cette somme, s'il ne s'effectue pas d'autres rentrées.

M. Miller est d'avis que le déficit doit être partagé entre les différents pays adhérents, autant qu'il est possible avant d'être présenté au Congrès de Saint-Louis. Les comités nationaux seront avisés.

Organisation de la session de la F. D. I. au Congrès de Saint-Louis.

M. Godon propose la résolution suivante :

« Le 3e Congrès, à sa clôture, nous a constitués en Commission per-
» manente internationale pour la période comprise entre les deux Con-
» grès ; en conséquence, nos pouvoirs finissent à partir du jour où
» s'ouvrira le 4e Congrès. Nous devrons donc, à la première séance du
» Congrès de Saint-Louis, remettre nos pouvoirs, nos archives et un
» rapport sur ce que nous avons fait et notre rôle sera terminé. Nous
» devons, de plus, indiquer les conditions de réorganisation et d'orien-
» tation de la Fédération pendant sa deuxième période, comment elle
» a fonctionné pendant la première période, comment nous avons
» prévu qu'elle se continuerait, et apporter notre projet de règlement.

» Il serait bon de donner aussi à titre d'indication la liste des personnes
» des divers pays qui ont suivi les travaux de la F. D. I. et qui pourraient
» être susceptibles de faire partie du nouveau Conseil exécutif et des
» Commissions internationales. »

Cette résolution est adoptée.

A l'occasion des discussions sur son rôle dans le prochain Congrès de Saint-Louis et des projets de règlement, le Conseil exécutif fait la déclaration qui suit :

« Les pouvoirs du Conseil exécutif concernant l'organisation ou la
» préparation du futur Congrès sont nettement limités à l'acceptation
» ou au rejet des invitations présentées par les divers pays et à la dé-
» signation du lieu et de l'époque auxquels doit se tenir le dit Con-
» grès.

» Cette déclaration sera portée à la connaissance des Fédérations
» nationales par voie de circulaire et de la Presse internationale. »

Le Conseil passe ensuite à l'examen des statuts et règlement de la F. D. I. qui ont été adressés récemment à chacun des membres du Conseil exécutif et qui, après discussion, sont adoptés tels qu'ils figurent en annexe au présent procès-verbal.

M. Cunningham propose qu'il soit joint au règlement, en annexe, les vœux du 3e Congrès dentaire international tenu à Paris en 1900.

Cette proposition est adoptée.

M. Förberg, dans la lettre qu'il a adressée au Conseil, en date du 6 avril 1904, a présenté une observation à l'article 6 au sujet des adhérents libres.

Après discussion, il est décidé que ces adhérents n'ont pas droit au vote.

Relativement à l'article 10, M. Cunningham fait observer que le

nombre de cinquante membres lui paraissait exagéré à cause des difficultés de langage et des complications pour les réunions annuelles.

*Propositions diverses.*

Au sujet du Congrès de Saint-Louis, M. Cunningham propose qu'il soit bien décidé que le Secrétaire général remettra à l'ouverture du Congrès les divers papiers, archives, etc. concernant la session de la F. D. I. pendant les cinq années écoulées et un rapport sur les travaux exécutés pendant cette session, ainsi que des indications sur l'orientation à donner à la 2e session de la F. D. I. et sur son organisation future.

Les divers membres du Conseil exécutif seront invités à signer ces instructions et à en donner également de complémentaires s'il y a lieu.

Proposition adoptée.

Au sujet de la transmission des pouvoirs de la Fédération au Congrès de Saint-Louis, M. Miller propose la notion suivante :

« Le Conseil exécutif invite la Commission d'organisation du Con-
» grès de Saint-Louis à constituer une Commission spéciale internatio-
» nale, dite de la F. D. I., ayant pouvoir pour recevoir nos documents,
» archives, comptes, projets de règlement, et ayant mission de faire un
» rapport au Congrès de Saint-Louis avant sa clôture, sur la première
» période d'exercice et sur l'utilité ou l'inutilité d'une deuxième
» période de la F. D. I. entre le 4e et le 5e Congrès dentaire interna-
» tional, ainsi que sur les conditions d'organisation et de fonctionne-
» ment de cette deuxième période, le Congrès étant appelé à en déli-
» bérer en assemblée générale. » Cette proposition est adoptée.

La prochaine réunion du Conseil exécutif aura lieu le 27 août 1904 à Saint-Louis. Le bureau pourra, en cas de nécessité, organiser une autre réunion auparavant.

Pour copie conforme

*Le Secrétaire général,*
Dr E. Sauvez.

## Projet de statuts et de règlement de la Fédération dentaire internationale.

*A soumettre au 4e Congrès dentaire international de Saint-Louis.*

### Statuts.

Art. 1er. —La Fédération dentaire internationale est une association ou union universelle des Fédérations dentaires nationales et des Sociétés ou groupements dentaires qui lui ont donné leur adhésion.

Art. 2. — Elle a pour titre « Fédération dentaire internationale » et en abrégé F. D. I.

Art. 3. — La Fédération dentaire internationale est la Commis-

sion permanente internationale servant de lien entre les Congrès dentaires internationaux.

Art. 4. — Elle est administrée par un Conseil exécutif composé de délégués représentant les divers pays. Ce conseil organise les diverses commmissions jugées utiles pour faciliter les progrès de l'art dentaire. Il est en même temps un Comité consultatif international dentaire.

Art. 5. — La F. D. I. se réunit en assemblée générale à l'occasion des Congrès dentaires internationaux.

Art. 6. — Le Conseil exécutif et les Commissions se réunissent tous les ans.

## PROJET DE RÈGLEMENT

Art. 1er. — La Fédération dentaire internationale, constituée par l'union des Comités nationaux formés en vue du 3e Congrès dentaire international de Paris, a été créée en conformité des vœux n° 11 et 12 émis par l'assemblée générale de clôture du 14 août 1900 du dit Congrès.

Art. 2. — La Fédération a pour but :

A) L'acceptation ou le rejet des invitations faites par les divers pays de tenir un Congrès dentaire international régulier; la fixation du lieu et de la date de ce Congrès.

B) Le maintien et l'augmentation des liens qui rattachent les divers Comités nationaux et les Sociétés les uns aux autres.

C) L'organisation des diverses Commissions internationales qu'elle jugera utile de créer.

D) D'une manière générale, l'organisation de tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la science odontologique dans le monde entier.

Art. 3. — La Fédération dentaire internationale est composée :

A) De tous les Comités nationaux constitués en vue du Congrès dentaire international de 1900 ou de leurs successeurs.

B) Des Fédérations ou Sociétés adhérant aux Congrès dentaires internationaux etacceptant ce règlementou envoyantleuradhésion.

C) Des Sociétés ou Fédérations de Sociétés qui, par la suite, enverront leur adhésion aux présents statuts et règlement et seront acceptées par le Conseil exécutif.

Art. 4. — Les Fédérations nationales de Sociétés ou, à leur défaut, les Sociétés qui désirent faire partie de la F. D. I. doivent envoyer leur adhésion aux présents statuts et règlement. Cette adhésion est examinée par le Conseil exécutif, qui prononce l'admission.

Art. 5. — L'assemblée générale de la F. D. I., composée des délégués des diverses Fédérations ou Sociétés, se réunit à l'époque des Congrès dentaires internationaux. Elle peut être réunie par le Conseil exécutif en assemblée extraordinaire en cas de nécessité.

Art. 6. — Le Conseil exécutif pourra admettre comme membres de la Fédération :

1° Des membres régulièrement délégués par les Sociétés;

2° Des membres honoraires ;

3° Des adhérents libres à la F. D. I., ayant été membres d'un Congrès dentaire international.

Art. 7. — L'ordre du jour de ces réunions est fixé par le Conseil exécutif. Il porte sur les propositions émanant soit des Fédérations dentaires nationales ou, à leur défaut, des Sociétés, soit du Conseil exécutif, et il est communiqué aux Fédérations ou Sociétés participantes au moins un mois à l'avance.

Art. 8. — Le vote a lieu par délégué régulier. Sur la demande de deux représentants au moins de deux Fédérations, le vote a lieu par Fédération.

Art. 9. — Les réunions annuelles du Conseil exécutif et de ses Commissions sont réglées par les articles précédents.

Art. 10. — La F. D. I. est représentée par un Conseil exécutif composé comme suit :

1° Cinquante membres titulaires choisis par le Congrès, à raison d'un membre pour chaque pays adhérent au minimum et de cinq au maximum.

2° En cas de vacance, par suite de démission, décès, ou de toute autre cause, le Conseil demande à la nation représentée de pourvoir au remplacement du membre manquant.

Les pouvoirs du Conseil expirent à l'ouverture de chaque Congrès dentaire international.

Art. 11. — Le Conseil est administré par un bureau ou commission permanente de neuf membres, savoir :

1° Un président ;

2° Trois vice-présidents ;

3° Un secrétaire général ;

4° Trois secrétaires ;

5° Un trésorier.

Le bureau du Conseil fait partie de droit de toutes les Commissions et les dirige jusqu'à la constitution de leur propre bureau.

Art. 12. — Le Conseil exécutif a pour mission :

A) De veiller à l'exécution du règlement de la Fédération.

B) D'accepter ou de rejeter les invitations pour les réunions internationales annuelles et les Congrès dentaires internationaux et d'en fixer le lieu et la date.

C) De réunir les diverses Commissions internationales.

D) De poursuivre l'exécution des décisions prises par la F. D. I.

E) D'examiner les propositions ou résolutions qui lui sont soumises par les Comités nationaux, Fédérations ou Sociétés.

Le Conseil tient les diverses Fédérations dentaires nationales au courant de ses travaux par le *Bulletin du Conseil exécutif de la F. D. I.*, qu'il publie en quatre langues.

Art. 13. — Le Conseil nomme les diverses Commissions spéciales qui lui paraissent nécessaires :

Commission de l'Enseignement dentaire.

Commission de l'Hygiène et des services dentaires publics.

Commission de la Presse dentaire internationale.

Commission de la Jurisprudence professionnelle, etc.

Art. 14. — Les dépenses de la F. D. I. sont supportées dans tous les cas par parties égales par les Fédérations ou Sociétés adhérentes. L'excédent des recettes est versé à la caisse du Congrès dentaire international suivant. Celui-ci supporte l'excédent des dépenses, s'il y a lieu.

Le Conseil exécutif soumet ses comptes à chaque Congrès dentaire international.

Art. 15. — Les ressources de la F. D. I. sont constituées :

1° Par les souscriptions, dons ou subventions des gouvernements, Fédérations, Sociétés adhérentes ou individualités ;

2° Par les cotisations annuelles de ses membres, qui sont :

Pour les membres du Conseil exécutif, de 50 fr.

Pour les membres des Commissions, de 25 fr.

Pour les membres honoraires ou libres, de 25 fr.;

3° Par le reliquat des caisses des Congrès dentaires internationaux.

Art. 16. — Le présent règlement est adopté pour la période comprise entre deux Congrès dentaires internationaux réguliers. Il peut être révisé au Congrès suivant.

*Vœux adoptés par le 3e Congrès dentaire international de Paris (1900) dans l'assemblée générale du 14 août.*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

11. — Qu'il soit créé une Fédération dentaire internationale.

12. — Que les Comités nationaux formés en vue du Congrès actuel continuent d'exister et constituent la Fédération dentaire internationale.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

---